

**KONTENTANALYTISCHE UNTERSUCHUNG
ZU THERAPEUTENINTERVENTIONEN
IN PSYCHIATRISCHEN GESPRÄCHEN**

PATRICIA GIGLIOLA WOLFF

1988

Disbui. München

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Vorstand: Prof.Dr.med H.Hippius

**KONTENTANALYTISCHE UNTERSUCHUNG ZU
THERAPEUTENINTERVENTIONEN IN PSYCHIATRISCHEN GESPRÄCHEN**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
PATRICIA GIGLIOLA WOLFF
aus
Ingolstadt
Jahr
1988

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof.Dr.med.H.Hippius

Mitberichterstatter: Prof.Dr.med.R.Klussmann

**Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr.med.P.Buchheim**

Dekan: Prof.Dr.med.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 16.06.1988

VERGLEICHENDE PSYCHOLOGIE

Seite

Einleitung

Die vergleichende Psychologie beschäftigt sich mit der Erforschung der Ähnlichkeiten und Unterschiede in den psychischen Prozessen verschiedener Tier- und Menschenarten. Sie versucht, die allgemeinen Gesetze der Psychologie zu finden, die über alle Arten hinweg gelten.

Methoden

Die vergleichende Psychologie verwendet verschiedene Methoden, um die psychischen Prozesse zu untersuchen. Dazu gehören Beobachtungen, Experimente und die Analyse von Verhaltensmerkmalen. Die Ergebnisse werden dann verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren.

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	1
- die empirische Psychotherapieforschung als Voraussetzung für neue wissenschaft- liche Ansätze auf dem Gebiet der Unter- suchung des psychiatrischen Gespräches	
2. Fragestellung	8
- Kontentanalytische Untersuchung der The- rapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen	
- Historische Aspekte des ärztlichen Gesprä- ches in der Psychiatrie	
3. Methodik	10
3.1. Zur Anwendung von Methoden des kontentana- lytischen Systems nach STRUPP (1965; 1973)	

II

3.2.	Untersuchung zur Evaluation von Therapeuten- interventionen in psychiatrischen Gesprächen	12
3.2.1.	Auswahl der psychiatrischen Gespräche	12
3.2.1.1.	Einschlußkriterien	12
3.2.1.2.	Ausschlußkriterien	13
3.2.2.	Beschreibung der untersuchenden Ärzte	14
3.2.3.	Beschreibung der Patienten	15
3.3.	Analyse der Verbatimtranskripte der psy- chiatrischen Gespräche nach einem modifi- zierten kontentanalytischen System nach STRUPP (1973)	16
3.4.	Angewandtes statistisches Auswertungs- verfahren	20
4.	Ergebnisse	21
4.1.	Therapeuteninterventionen in psychiatri- schen Gesprächen	21
4.2.	Das Interventionsverhalten von weniger erfahrenen und erfahrenen Untersuchern in psychiatrischen Gesprächen	25

III

4.3.	Gegenüberstellung kurzer und langer psychiatrischer Gespräche	34
4.4.	Das ärztliche Gespräch in der ambulanten psychiatrischen Therapie von psychotischen und neurotischen Patienten	39
5.	Diskussion	47
5.1.	Eigene Ergebnisse der Analyse von Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen	47
5.2.	Vergleichende Betrachtung der Prozentanteile unterschiedlicher Interventionskategorien nach STRUPP (1973) in psychiatrischen Gesprächen und psychotherapeutischen Erstinterviews (KITZMANN 1974 und BRAHLER 1976)	50

5.3.	Gegenüberstellung des Interventionsverhaltens von Untersuchern unterschiedlicher Erfahrung in psychiatrischen Gesprächen und psychotherapeutischen Erstinterviews (KITZMANN 1974)	57
6.	Zusammenfassung	60
7.	Historischer Exkurs	62
7.1.	Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als psychiatrische Behandlungsmethode	62
	- von den Anfängen bis zur Ära Philippe PINELS (1745-1826)	62
	- zur Zeit der Vorherrschaft der französischen Psychiatrie	66
	- während der Deutschen Romantik	73
	- im Zeitalter der aufstrebenden Naturwissenschaften	78

- im Rahmen des wiedererwachenden Interesses der Psychiater für die Persönlichkeit des seelisch Kranken	87
- in der Psychiatrischen und Nervenkl in der Ludwig-Maximilians-Universität in München	92
- ein Ausgangspunkt für moderne Konzepte psychiatrischer Therapie	96
7.2. Das ärztliche Gespräch als therapeutisches Agens in der Psychiatrie	102
8. Anhang	106
9. Literaturverzeichnis	120
10. Danksagung	136
11. Lebenslauf	137



1. EINLEITUNG

- Die empirische Psychotherapieforschung als Voraussetzung für neue wissenschaftliche Ansätze auf dem Gebiet der Untersuchung des psychiatrischen Gespräches

"Jahrzehntelang praktizierten Psychiater und nichtärztliche Untersucher psychotherapeutische Behandlungsmethoden, ohne den systematischen Versuch zu unternehmen, sie als effektive Form der Therapie seelischer Störungen unter Beweis zu stellen".

Diese Feststellung wurde 1982 von der "Commission On Psychotherapy" der "American Psychiatric Association" getroffen.

Sie bezieht sich auf die Zeit vor 1952, dem Jahr, in dem sich, initiiert durch eine Veröffentlichung des Psychologen EYSENCK, ein Wandel in der Einstellung der Psychotherapeuten zur Frage nach der Wirksamkeit der Psychotherapie vollzog.

EYSENCK sprach Psychotherapie wie Psychoanalyse jegliche positive Wirkung auf den Spontanverlauf der, zu behandelnden seelischen Erkrankung ab.

Seitdem wurde der Erfolg psychotherapeutischer Behandlung in zunehmendem Maße in kontrollierten Studien wissenschaftlich untersucht. Es bildeten sich Forschungsgruppen (z.B. MATARAZZO und SASLOW 1961), die auf der Basis experimenteller Verfahren die systematische Analyse psychotherapeutischer Interviews verfolgten.

Um die komplexe kausale Beziehung zwischen Therapie und Behandlungserfolg zu spezifizieren, waren neue Behandlungsparmeter nötig; die moderne Psychotherapieforschung etablierte sich mehr und mehr.

BERGIN und LAMBERT konnten 1973 aus einer Übersicht über die Ergebnisse psychotherapeutischer Studien den Schluß ziehen, daß die Psychotherapie die Befindlichkeit der Patienten im wesentlichen verbessere.

Ihre Feststellung, die sich auf die Lektüre einer umfassenden, bis in die dreißiger Jahre zurückreichenden Literatur stützte, findet heute im allgemeinen Zustimmung.

Trotz eines, insbesondere im angloamerikanischen Sprachbereich, großen Anstiegs an Arbeiten zur Psychotherapieforschung (GRAWE 1987), herrscht immer noch Unklarheit bei der Beantwortung von Fragen, die die Gegenüberstellung unterschiedlicher psychotherapeutischer Techniken hinsichtlich Effektivität und Austauschbarkeit betreffen.

Nach KIND (1984) steckt die vergleichende Psychotherapieforschung noch in den Anfängen.

Ebenso weiß man empirisch wenig über den psychotherapeutischen Prozeß, über die Art und Weise, wie der Arzt seine psychotherapeutischen Fertigkeiten im Gespräch anwendet. Abgesehen von psychoanalytischen und klientenzentrierten Interviewformen hat sich das wissenschaftliche Interesse bisher lediglich sporadisch auf die empirische Untersuchung von therapeutischen Gesprächen gerichtet (SEIDENSTÜCKER G. und E. 1974).

Voraussetzung für die systematische Erforschung der Interaktionsmuster von Psychiater und Patient ist die Bereitschaft des Arztes, sein therapeutisches Handeln Fachkollegen und Wissenschaftlern transparent zu machen.

Die traditionellen Techniken des Mitschreibens während des ärztlichen Gespräches oder des nachträglichen Protokollierens unterliegen stark subjektiven Einflüssen und Gedächtnisfehlern.

Erst die Einführung von Tonbandaufnahmen zur akustischen Wiedergabe typischer Interviewsituationen (GILL, NEWMAN und REDLICH 1954) ermöglichte die Auswertung von Arzt-Patient-Gesprächen im Originalton oder in Form von Verbatimtranskripten durch unabhängige Dritte. Das therapeutische Geschehen wurde objektivierbar; am Interaktionsprozeß nicht Beteiligte konnten die psychotherapeutische Vorgehensweise des Untersuchers beurteilen.

Die Konfrontation mit dem eigenen therapeutischen Handeln eröffnete neue Wege für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten.

Psychiater und Psychoanalytiker können die "subtilen Tricks des Vergessens" (KACHELE 1987) beobachten und respektieren lernen. Sie werden sich des Unterschieds zwischen praktischer Vorgehensweise und theoretischen Gesichtspunkten bewußt.

Die verbalen Anteile von Arzt-Patient-Gesprächen werden durch Tonbandaufzeichnungen authentisch abgebildet, die nonverbale Dimension läßt sich akustisch nicht einfangen. Kritiker befürchteten zudem eine Beeinträchtigung der Offenheit des Patienten durch die Präsenz eines Tonbandgerätes. LAMB und MAHL wiesen allerdings bereits 1956 in einer Studie nach, daß 80 % der Patienten keine Beeinträchtigung durch Tonbandaufnahmen zeigten.

Nach KACHELE (1987) stimmte die Mehrzahl der Patienten einer Aufzeichnung ärztlicher Gespräche zu wissenschaftlichen Zwecken zu.

Es überwogen stattdessen die Widerstände aus den Reihen der Psychotherapeuten gegen neue Registriermethoden ihres Interaktionsverhaltens, denn der Therapeut "setzt damit nicht nur seine Technik der Kritik aus, sondern auch sich selbst als Person" (KACHELE 1987).

Dennoch konnten in den letzten Jahren mit Hilfe experimenteller und statistischer Methoden der modernen Psychotherapieforschung Einblicke in den Ablauf von ärztlichen Gesprächen gewonnen werden.

KITZMANN und Mitarbeiter (1974) untersuchten sprachformale Interaktionsprozesse in 35 psychoanalytischen Erstinterviews, in Hinblick auf Synchronisationstendenzen des Sprachverhaltens der Interaktionspartner.

Dabei konnten sie Sprachstereotypen und Interaktionsimitationen während des Kommunikationsgeschehens nachweisen.

Eine zweite Studie an denselben psychoanalytischen Erstinterviews (KITZMANN, KACHELE, THOMÄ 1974) mit Hilfe eines modifizierten kontentanalytischen Systems nach STRUPP (1973) diente der quantitativen Erfassung des Explorations - und Interpretationsverhaltens der Therapeuten. Die Autoren zogen die Schlußfolgerungen, daß erfahrene Untersucher im Vergleich zu weniger erfahrenen Therapeuten häufiger interpretativ und weniger explorativ intervenierten. Ein signifikanter Zusammenhang ließ sich zwischen dem Ausmaß explorativer und interpretativer Therapeutenäußerungen und der Bereitschaft, eine konfliktzentrierte Therapie zu wählen, herstellen.

Der Einfluß des Interviewverlaufs auf die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung war auch Thema einer Arbeit von C.und E. BRÄHLER (1986).

Ihre katamnestische Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview sollte individuelle und institutionelle Faktoren, die bei Erstinterviews für die Therapieratifikation und Patientenselektion von Bedeutung sind, charakterisieren.

Auf der Basis einer schrittweisen multiplen Korrelationsanalyse erstellten sie ein Modell therapierelevanter Patientenmerkmale, das sich aus Persönlichkeitsmerkmalen und aus Variablen des Kommunikationsverhaltens zusammensetzte. Hinsichtlich des Kriteriums "Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung" beschrieb ihr Modell das Bild eines Patienten, der unter Depressionen leidet, ohne sie auf eine persönlichkeitsfremde somatische Erkrankung zurückzuführen und der sich aggressionsgehemmt verhält.

Sein Kommunikationsverhalten läßt eine aktive Gestaltung des Gesprächs, wie eine asymmetrische Interviewstruktur zu. Diese Persönlichkeitscharakteristika erleichtern, laut C. und E. BRÄHLER, eine aktive Therapieplatz-Suche und gelten gleichzeitig als bevorzugte Patientenmerkmale für die Anwendung psychotherapeutischer Techniken.

Bereits 1976 hatte E. BRÄHLER Sprachvariablen in psychotherapeutischen Erstinterviews untersucht.

Er führte bei 40 psychotherapeutischen Gesprächen das Verfahren der automatischen Sprachanalyse durch und überprüfte es in Hinblick auf verschiedene Aspekte der Validität.

Zur Absicherung der inhaltlichen Validität verglich er die durch diese Methode gewonnenen formalen Sprachvariablen mit Ergebnissen der Einstufung der Therapeuteninterventionen nach einem kontextanalytischen System (STRUPP 1965).

Automatisch erarbeitete Kennwerte des Sprechverhaltens konnten demnach inhaltlich definierte Dimensionen des therapeutischen Interventionsstils abbilden.

Die Dokumentation der Abhängigkeit der Therapeutenstatements von Sozial- und Persönlichkeitsdaten des Patienten sowie von dem Kommunikationserleben der Interaktionspartner stand im Mittelpunkt einer Untersuchung von I. MARX (1976). In weitgehender Übereinstimmung mit Erfahrungen aus klinischen Einzelfalldarstellungen zeigte sich, daß das Interventionsverhalten des Therapeuten durch interviewunabhängige Eigenschaften des Patienten beeinflußt wurde.

ROSIN, LEHMANN und HEIGL - EVERS (1984) gingen in einer vergleichenden Untersuchung der Bedeutung des affektiven Beziehungsaspekts zwischen Arzt und Patient in psychotherapeutischen und psychiatrischen Gesprächen nach. Gegenstand der Studie waren die Aufzeichnungen von Krankengeschichten solcher Patienten, die sowohl in psychiatrischen als auch in psychotherapeutischen Kliniken aufgenommen worden waren.

ROSIN und Mitarbeiter konnten nachweisen, daß sich psychotherapeutisch orientierte Untersucher signifikant häufiger selbst in den Protokollen der Erstgespräche erwähnten als es bei den Assistenten einer psychiatrischen Klinik der Fall war. Zudem erfuhren die Beziehungspersonen der Patienten in den Krankengeschichten der Psychotherapeuten eine besondere Berücksichtigung.

Die Autoren werteten ihre Ergebnisse als formal quantitativen Beleg für die Akzentuierung des Beziehungsaspekts in psychotherapeutischen Gesprächen.

Verbale Interaktionsprozesse in ambulanten psychiatrischen Gesprächen untersuchten SCHEIBE und BUCHHEIM (1987) mit den Methoden der computergestützten Textanalyse. Sie dokumentierten, in Zusammenarbeit mit der Ulmer Textbank (MERGENTHALER 1986), Veränderungen des verbalen Verhaltens und der Emotionen von Psychiater und Patient im Verlauf eines psychiatrischen Gespräches.

Es zeigte sich, daß der Umfang der sprachlichen Aktivität der Patienten durch die Länge ärztlicher Interventionen bestimmt wurde.

Die sequentielle Analyse von 5-Minuten-Segmenten der psychiatrischen Gespräche erbrachte den Nachweis einer Verminderung von Ängsten und Spannungen der Patienten während des Interaktionsgeschehens. Die Besserung der emotionalen Befindlichkeit der Patienten im Gesprächsverlauf führten SCHEIBE und BUCHHEIM auf eine zunehmende Verbalisierung von Angstthemen seitens der Patienten zurück. Weiterhin betrachteten die Autoren eine zunehmende Übereinstimmung des Wortschatzes von Psychiater und Patient in der zweiten Hälfte des ärztlichen Gespräches als Zeichen für die Entwicklung einer "hilfreichen Allianz" (LUBORSKY 1978).

Weitere Fortschritte im Verständnis der Komplexität psychotherapeutischer Prozesse wären insbesondere dann zu erwarten, wenn es gelänge, die Ergebnisse einer Vielzahl von Experimenten verschiedener Untersucher einem Vergleich zuzuführen.

Die vorliegende Studie sollte mit einer Methode aus dem Gebiet der vergleichenden Psychotherapieforschung die verbale Dimension der Arzt-Patient-Beziehung in psychiatrischen Gesprächen erfassen.

Darüberhinaus sollte ein Vergleich mit den nach derselben Methode untersuchten psychoanalytischen Erstinterviews von KITZMANN (1974) und BRÄHLER (1976) erfolgen.

2. FRAGESTELLUNG

- Kontentanalytische Untersuchung der Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen
- Historische Aspekte des ärztlichen Gespräches in der Psychiatrie

Ziel der vorliegenden Studie ist es, psychiatrische Gespräche mit Hilfe der kontentanalytischen Untersuchung der Therapeuteninterventionen nach STRUPP (1965; 1973) zu charakterisieren.

Dabei beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, inwieweit die Kommunikationseigenschaften eines Arztes von der Länge seiner berufsspezifischen Erfahrung abhängig sind.

In einem weiteren Schritt soll eine mögliche Korrelation des Interaktionsgeschehens mit der Dauer der psychiatrischen Gespräche untersucht werden.

Auch sollen die Auswirkungen von Patientenvariablen, z.B. durch die Gegenüberstellung von Patienten mit Psychosen und Neurosen, auf den Interventionsstil von Therapeuten in psychiatrischen Gesprächen überprüft werden.

Die vorliegende Arbeit hat zur Aufgabe, die Therapeuteninterventionen in 24 ambulanten psychiatrischen Gesprächen, die an der Psychiatrischen Poliklinik der Universität München geführt wurden, zu analysieren.

Die Einstufung der Therapeuteninterventionen erfolgt nach einer standardisierten Meßmethode, einer Modifikation des kontentanalytischen Kategoriensystems nach STRUPP (1965, 1973), anhand von Verbatimtranskripten der 24 psychiatrischen Gespräche.

Anschließend sollen die absoluten Häufigkeiten, die auf eine Minute normierten Häufigkeiten und die prozentualen Anteile der verschiedenen Interventionsarten nach STRUPP (1965, 1973) sowie die Gesamtzahl von Therapeutenstatements ermittelt werden.

Diese Ergebnisse sollen dann den Ergebnissen vorangegangener Studien an psychotherapeutischen Erstinterviews gegenübergestellt werden.

Schließlich werden in einem historischen Exkurs einige Aspekte zur Entwicklung des ärztlichen Gespräches in der psychiatrischen Behandlung und Untersuchung aufgezeigt.

3. METHODIK

3.1. Zur Anwendung des kontentanalytischen Systems nach STRUPP (1965; 1973)

Am Anfang der modernen empirischen Psychotherapieforschung standen Hypothesen, die psychoanalytisch - orientierte Therapeuten aus den Aufzeichnungen ihrer, während der Therapie gewonnenen Eindrücke ableiteten. Dieses klassische subjektive Instrument zur Erforschung des einzelnen klinischen Behandlungsfalls konnte den methodischen Anforderungen der Psychotherapie und Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplinen nicht genügen.

Erst durch die Einführung von Tonbandaufnahmen ließ sich die verbale Interaktion zwischen Arzt und Patient vollständiger und objektiver erfassen und beliebig häufig reproduzieren (vgl. GILL, NEWMAN REDLICH 1954).

Die Anfertigung von Verbatimtranskripten ermöglichte es einer großen Zahl von "Dritten", am ärztlichen Gespräch nicht Beteiligten, das Kommunikationsgeschehen zu beurteilen. Verschiedene Einzelaspekte der verbalen Anteile der Arzt-Patient-Beziehung wurden objektiven Beurteilungsverfahren, wie beispielsweise der Kontentanalyse zugänglich gemacht.

Ein klassisches Modell der Kontentanalyse, das STRUPP'sche Kategoriensystem (1973), schlüsselt die Komplexität des kommunikativen Geschehens in therapeutischen Gesprächen in verschiedene Dimensionen des Therapeutenverhaltens mit dem Ziel auf, einen möglichst interferenzarmen Vergleich unterschiedlicher Interventionsstile vorzunehmen.

STRUPP entwarf zwei Fassungen seines inhaltsanalytischen Systems (1957 und 1965/1973). Die erste Fassung (1957) sah fünf Hauptdimensionen zur Einstufung jeder Therapeutenintervention vor. 1965 revidierte STRUPP sein kontentanalytisches System, da es sich bei der Auswertung psychotherapeutischer Interviews als zu umständlich erwiesen hatte. In seiner zweiten Fassung unterschied STRUPP folgende Hauptkategorien zur Klassifikation des verbalen Interventionsstils von Therapeuten:

Kategorie 00	Minimaläußerungen (facilitating communication)
Kategorie 10	Explorationen (exploratory operations)
Kategorie 20	Klarifikation (minimal interpretation)
Kategorie 30	Interpretationen (interpretive operations)
Kategorie 40	Strukturierung (structuring)
Kategorie 50	Direkte Führung (direct guidance)
Kategorie 60	Nicht klar therapierelevante Intervention (activity not clearly relevant to the task of therapy)
Kategorie 70	Nicht klassifizierbare Intervention (unclassifiable)

Für unserer Analyse des Interventionsverhaltens von Psychiatern in ambulanten psychiatrischen Behandlungsgesprächen war eine Modifikation dieser zweiten Fassung des STRUPP'schen Systems maßgebend.

3.2. Untersuchung zur Evaluation von Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen

Die Grundlage für die Untersuchung des ärztlichen Gespräches in der psychiatrischen Behandlung bildeten die Verbatimtranskripte der Tonbandaufzeichnungen von 24 psychiatrischen Gesprächen, die vom 23.März 1983 bis zum 04.August 1983 in der Psychiatrischen Poliklinik der Universität München geführt worden waren.

3.2.1. Auswahl der psychiatrischen Gespräche

Die Auswahl der psychiatrischen Gespräche war nach folgenden Ein- und Ausschlusskriterien getroffen worden:

3.2.1.1. Einschlusskriterien

- 1) Alter des Patienten zwischen 18 und 65 Jahren
- 2) Anzahl der Arzt - Patient - Kontakte: Mindestens zwei
- 3) Verhältnis der Anzahl psychotischer zu neurotischer Patienten pro Arzt wie 2:1
- 4) Verhältnis der Anzahl weiblicher zu männlicher Patienten pro Arzt wie 2:1

3.2.1.2. Ausschlußkriterien

- 1) Ablehnende Haltung von Arzt oder Patient gegenüber Teilnahme an der Studie
- 2) Patient mit extrem niedrigem Intelligenzquotienten,
Patient mit hirnnorganischer Symptomatik,
Patient in verwirrtem Zustand,
Suchtpatient mit delirantem Syndrom,
akut psychotischer Patient
- 3) psychoanalytische Langzeittherapie

Obwohl die Aufnahmebedingungen erfüllt worden waren, mußten von 48 psychiatrischen Gesprächen 24 Gespräche von der Studie ausgeklammert werden, da

- 1) die Patienten nicht zum vereinbarten Gesprächstermin erschienen
- 2) die Patienten nachträglich die Untersuchung ablehnten
- 3) die Patienten drohten, die Teilnahme an der Studie wahnhaft zu verarbeiten
- 4) sich der Zustand der Patienten akut verschlechtert hatte
- 5) der behandelnde Arzt durch die Tonbandaufnahme die Offenheit des Patienten beeinträchtigt sah

3.2.2. Beschreibung der untersuchenden Ärzte

Bei den Untersuchern handelte es sich um 5 Therapeuten, 2 Ärztinnen und 3 Ärzte, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in psychiatrischer Ausbildung und in psychotherapeutischer Weiterbildung befanden oder diese bereits abgeschlossen hatten.

Die ärztlichen Mitarbeiter waren zwischen 31 und 45 Jahren alt und verfügten über eine unterschiedlich lange, mindestens jedoch 4-jährige psychiatrische Weiterbildung.

Nach der Länge ihrer psychiatrischen Erfahrung teilten wir die Untersucher zwei Gruppen zu:

Gruppe I Psychiatrische Erfahrung 4-6 Jahre
 (Arzt/Ärztin C und D)

Gruppe II Psychiatrische Erfahrung > 6 Jahre
 (Ärzte/Ärztin A,E und B)

3.2.3. Beschreibung der Patienten

Die in unsere Untersuchung einbezogenen Patienten waren zwischen 21 und 65 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter betrug 42,6 Jahre.

16 Patienten litten an einer psychotischen Erkrankung, d.h. an einer schizophrenen Psychose (12 Patienten) oder an einer affektiven Psychose (4 Patienten), 8 Patienten zeigten Symptome einer Angstneurose, einer neurotischen Depression oder einer Persönlichkeitsstörung.

Mit Ausnahme von zwei Kranken hatten alle Patienten Psychopharmaka eingenommen. 12 Patienten waren mit Neuroleptika, 3 Patienten mit Antidepressiva, 1 Patient mit einem Tranquilizer und 6 Patienten mit einer Kombination aus den genannten Medikamentengruppen (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer sowie Epileptika) behandelt worden.

Insgesamt nahmen 15 weibliche und 9 männliche Patienten an der Studie teil.

Bei der einen Hälfte der psychiatrischen Gespräche bestand eine gleichgeschlechtliche Arzt - Patient - Beziehung, bei der anderen Hälfte lag eine gegengeschlechtliche Arzt - Patient - Beziehung vor.

Die Anzahl der vorausgegangenen Arztkontakte der Patienten in der Psychiatrischen Poliklinik der Universität München lag zwischen 4 und 135, im Schnitt bei 42 Arztkontakten. Die Patienten waren durchschnittlich seit 9,6 Jahren (mindestens 0 Jahre, maximal 26 Jahre) krank.

3.3. Analyse der Verbatimtranskripte nach einem modifizierten kontentanalytischen System nach STRUPP (1973)

Die Textprotokolle der psychiatrischen Behandlungsgespräche wurden anhand einer Modifikation des kontentanalytischen Systems nach STRUPP (1973) ausgewertet.

Nicht berücksichtigt wurden Äußerungen der Patienten und nonverbale Aspekte der Kommunikation.

Untersuchungseinheiten waren die Therapeuteninterventionen, wobei eine Therapeutenintervention definitionsgemäß eine, im Verbatimtranskript ununterbrochen aufgeführte Therapeutenäußerung zwischen zwei verbalen Äußerungen des Patienten darstellt.

Eine Übersicht der Kategorien zur Charakterisierung des von uns verwandten modifizierten Systems nach STRUPP (1973) enthält Tabelle 1.

Tabelle 1:

Modifiziertes Kategoriensystem zur Einstufung von Therapeuteninterventionen nach STRUPP (1973) mit Beispielen aus den von uns untersuchten psychiatrischen Gesprächen:

Kategorie 00:

Minimaläußerungen (facilitating communication), minimale Aktivität, Wiederholung von einzelnen Wörtern, passives Akzeptieren.

Beispiele: "hmhm", "ja", "ahja".

Kategorie 10:

Explorationen (exploratory operations),
einfache Fragen, Nachfragen nach weiteren Informationen,
Beispiele, Erläuterungen, Ausführungen, Ermunterung zur
Selbstexploration.

Beispiele: "Gibt es sonst noch Sorgen, die Sie be-
drücken?"
"Wie ist das denn mit dem Gewicht?"
"Es geht Ihnen mittelpärchtig, wie meinen Sie
denn das?"

Kategorie 20:

Klarifikation (minimal interpretation),
Aussagen zum Zwecke der Klärung, Reflexion von Gefühlen, im
wesentlichen nicht interpretative Zusammenfassungen.

Beispiele:

- 1) Patient: "Ich habe das Gefühl, ich drehe mich im Krei-
se, das ist sehr belastend für mich, weil
ich denke, es liegt wieder an mir."
Arzt: "Sie machen sich dann Selbstvorwürfe, nicht"
- 2) Patient: "Ich fahre regelmäßig dreizehn, vierzehn Ki-
lometer durch den Wald, ich lasse mich da
von der Ruhe anstecken"
Arzt: "Sie lassen sich da von der Ruhe anstecken"
- 3) Patient: "Ich war also wirklich ruhig und lethargisch,
mich hat weder etwas erschüttert, noch über-
mäßig gefreut, ich wußte überhaupt nicht,
was ich machen sollte"
Arzt: "Sie standen dem ratlos gegenüber, nicht"

Kategorie 30:

Interpretationen (interpretive operations),
Analyse von Widerständen, Feststellungen von Zusammenhän-
gen, Erklärungen von Problemen des Patienten, Deutungen.

Beispiel:

Patient: "Wenn es ihr schlecht geht, dann hält sie mit
nichts hinter'm Berg, ich meine, daß sie un-
heimlich übertreibt, sie wird eben unheim-
lich gern umsorgt."

Arzt: "Sie haben so das Gefühl, daß ihre Mutter
nicht echt ist und Sie möchten nicht so sein
wie Ihre Mutter."

Kategorie 50:

Direkte Führung (direct guidance),
Vermittlung von Informationen, Beantwortung direkter
Fragen, Meinungsäußerungen, Sprechen als Autorität.

Beispiele: "Ich meine schon, daß Sie durchaus lernen
könnten selbständiger zu sein."
"Ich denke, daß man es doch erst mal durch
Tabletten versuchen sollte."
"Ich glaube, daß das Tief wieder vorbeigeht
und Sie dann wieder selbst das Wort führen
können."

Kategorie 70:

Nicht klassifizierbare Interventionen (unclassifiable),
Sehr selten verwandte Kategorie für Interventionen, die in
keine der aufgeführten Kategorien passen.

Beispiel:

Patient: "Der ist überhaupt nicht kitschig, der Roman, also wirklich, der ist knallhart."

Arzt: "Kann man sagen, hmhm, da fliehen ja nicht zwei Ärzte, da flieht ja ein Liebespaar, les'ich gerade."

Für jedes der 24 untersuchten psychiatrischen Gespräche ermittelten wir die auf eine Minute normierten Häufigkeiten, die absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Interventionsarten nach STRUPP (1973), die Gesamtzahl der Therapeuteninterventionen und die prozentualen Anteile der einzelnen STRUPP'schen Kategorien.

3.4. Angewandtes statistisches Auswertungsverfahren

Nach Rücksprache mit einem Biomathematiker der Gesellschaft für Informationsverarbeitung und Statistik in der Medizin e.V. in München, verwendeten wir folgende statistische Tests:

- 1) KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben beim Vergleich von weniger erfahrenen und erfahrenen Untersuchern hinsichtlich verschiedener Interventionskategorien nach STRUPP (1973).
- 2) KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben beim Vergleich von kurzen und langen psychiatrischen Gesprächen hinsichtlich verschiedener Interventionskategorien nach STRUPP (1973).
- 3) KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben beim Vergleich von psychiatrischen Gesprächen mit psychotischen oder neurotischen Patienten hinsichtlich verschiedener Interventionskategorien nach STRUPP (1973).
- 4) KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben beim Vergleich von weniger erfahrenen und erfahrenen Untersuchern in Gesprächen mit psychotischen oder neurotischen Patienten hinsichtlich verschiedener Interventionskategorien nach STRUPP (1973).

4. ERGEBNISSE

4.1. Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen

Wir bestimmten für jedes der 24 untersuchten psychiatrischen Gespräche die absoluten Häufigkeiten der sieben Interventionsarten nach STRUPP (1973).

Anschließend wurde die Gesamtzahl der Therapeuteninterventionen ermittelt. Mit Hilfe dieser Daten berechneten wir die prozentualen Anteile der einzelnen STRUPP'schen Kategorien an der Gesamtzahl der Therapeuteninterventionen.

In Anbetracht der unterschiedlichen Dauer der psychiatrischen Gespräche berücksichtigten wir auch die auf eine Minute normierten Häufigkeiten der verschiedenen Therapeutenäußerungen.

Die über alle 24 untersuchten psychiatrischen Gespräche gemittelten Werte können der Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2:

Absolute Häufigkeiten, Prozentanteile und pro Minute normierte Häufigkeiten der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973)

	Absolute Häufigkeit		Prozentanteil		Häufigkeit/Min.	
	X	S	X	S	X	S
Kategorie 00 (Minimaläußerungen)	70,87	62,20	32,61	16,32	2,73	1,37
Kategorie 10 (Explorationen)	28,66	15,51	17,84	11,11	1,76	1,48
Kategorie 20 (Klarifikationen)	21,54	18,01	10,93	6,86	0,91	0,63
Kategorie 30 (Interpretationen)	8,29	13,27	3,36	4,61	0,26	0,29
Kategorie 50 (Direkte Führung)	31,45	27,45	17,95	12,87	2,01	2,35
Kategorie 60 (nicht klar the- rapierelevante Interventionen)	28,71	25,08	16,16	11,84	1,62	1,19
Kategorie 70 (nicht klassifi- zierbare Inter- ventionen)	2,37	5,37	1,15	2,39	0,09	0,18

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß die Kategorie 00 (Minimal-äußerungen) in den 24 untersuchten psychiatrischen Gesprächen die häufigste Therapeuteninterventionsart repräsentiert.

Durchschnittlich wird sie im psychiatrischen Gespräch 71 Mal verwendet, was einer Häufigkeit von 2-3 Mal pro Minute entspricht. Minimaläußerungen, d.h. Äußerungen von "hmhm", "ja", "ahja" etc. stellen mit Abstand den größten prozentualen Anteil der Therapeuteninterventionen von rund 33%.

Die zweithäufigste Interventionsart ist die "Direkte Führung" (Kategorie 50) mit einer absoluten Häufigkeit von etwa 31 Interventionen pro psychiatrischem Gespräch und einem prozentualen Anteil von ca. 18%. Im Mittel kommt es zu zwei direktiven Therapeutenäußerungen pro Behandlungsminute.

An dritter Stelle folgt die Kategorie 10 (Explorationen), die im Schnitt 29 Mal pro psychiatrischem Gespräch und ca. 2 Mal in der Minute erscheint. Die durchschnittliche Häufigkeit von Explorationen entspricht mit knapp 18% nahezu der durchschnittlichen Häufigkeit von Interventionen der Kategorie 50 (Direkte Führung).

In den untersuchten psychiatrischen Gesprächen werden also gleich häufig direktive und explorative Therapeuteninterventionen verwandt.

Den vierten Platz nimmt die Kategorie 60 (nicht klar therapierelevante Interventionen) ein. Begrüßungen, Behandlungsterminvereinbarungen, Verabschiedungen etc. kommen etwa 29 Mal pro Gespräch und ca. 1-2 Mal pro Minute vor. Dieser Interventionsart entspricht ein prozentualer Anteil von 16%.

An fünfter Stelle steht die Kategorie 20 (Klarifikation).
Therapeutenstatements dieser Kategorie finden sich ca. 20
Mal pro psychiatrischem Gespräch mit einem prozentualen An-
teil von ca. 11 % und einer Häufigkeit von einem Mal pro
Minute.

Der Kategorie 30 (Interpretationen) sind 8 Therapeuten-
interventionen zuzuordnen, woraus sich eine prozentuale
Häufigkeit von 3% ergibt.

Nicht klassifizierbare Therapeuteninterventionen (Katego-
rie 70) kommen mit zwei Statements pro psychiatrischem Ge-
spräch in lediglich 1% der Therapeutenäußerungen vor.

4.2. Das Interventionsverhalten von weniger erfahrenen und erfahrenen Untersuchern in psychiatrischen Gesprächen

Wir wollen im Folgenden eine vergleichende Betrachtung der Interaktionen einzelner Interviewer durchführen, um die Frage nach der Erfahrungsspezifität verschiedener Interventionsstile beantworten zu können.

Tabelle 3 gibt Aufschluß über den Interventionsmodus der einzelnen Untersucher.

Tabelle 3:

Prozentanteile der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien bei verschiedenen Untersuchern:

	Minimal- äußerung	Explora- tion	Klarifi- tion	Interpre- tation	Direkte Führung
	%	%	%	%	%
Untersucher A (erfahren)	48,67	11,55	12,69	10,70	7,58
Untersucher B (erfahren)	56,39	6,36	14,14	7,07	8,48
Untersucher C (weniger erfahren)	22,57	25,05	11,47	2,44	20,29
Untersucher D (weniger erfahren)	37,03	16,00	2,58	0,22	23,62
Untersucher E (erfahren)	21,88	15,00	17,72	3,03	20,27

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, schwanken die prozentualen Häufigkeiten bei der Kategorie "Explorationen" (Kategorie 10) zwischen 6,36 % bei der Ärztin B, die zu den Untersuchern mit längerer Erfahrung zählt, und 25,05 % bei Interviewer C, der gleichzeitig der Therapeut mit der kürzesten psychiatrischen Erfahrung ist.

Der Anteil der Klarifikationen (Kategorie 20) bewegt sich zwischen 2,58 % bei der Therapeutin D, zum Zeitpunkt der Gesprächsführung einer weniger erfahrenen Untersucherin, und 17,72 % bei Interviewer E, einem erfahrenen Psychiater.

Auch die prozentualen Häufigkeiten der Interpretationen (Kategorie 30) weisen unterschiedliche Werte auf: Interviewerin D, eine weniger erfahrene Therapeutin, verwendet mit 0,22 % kaum Interpretationen, während Interviewer A, der erfahrenste Untersucher, in 10,70 % der Interventionen Interpretationen gebraucht.

Auffallend ist darüberhinaus die Verteilung von Interventionen direktiver Natur. Interviewer A, der die größte Erfahrung besitzt, äußert sich in lediglich 8 % seiner Interventionen direktiv, während die weniger erfahrene Interviewerin D in knapp 24 % Interventionen der Kategorie "Direkte Führung" (Kategorie 50) benützt.

Unterteilt man die fünf Untersucher nach der Länge ihrer psychiatrischen Ausbildung in zwei Gruppen, treten die Unterschiede zwischen weniger erfahrenen und erfahrenen Therapeuten deutlich zutage.

Tabelle 4:

Prozentuale Anteile der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973) bei zwei Interviewergruppen:

Gruppe I: Psychiatrische Erfahrung 4-6 Jahre
(Interviewer C und D)

Gruppe II: Psychiatrische Erfahrung > 6 Jahre
(Interviewer A,B und E)

Kategorie	00	10	20	30	50
Gruppe I	22,58%	21,25%	7,74%	1,51%	21,20%
Gruppe II	42,31%	13,29%	13,18%	5,62%	12,40%

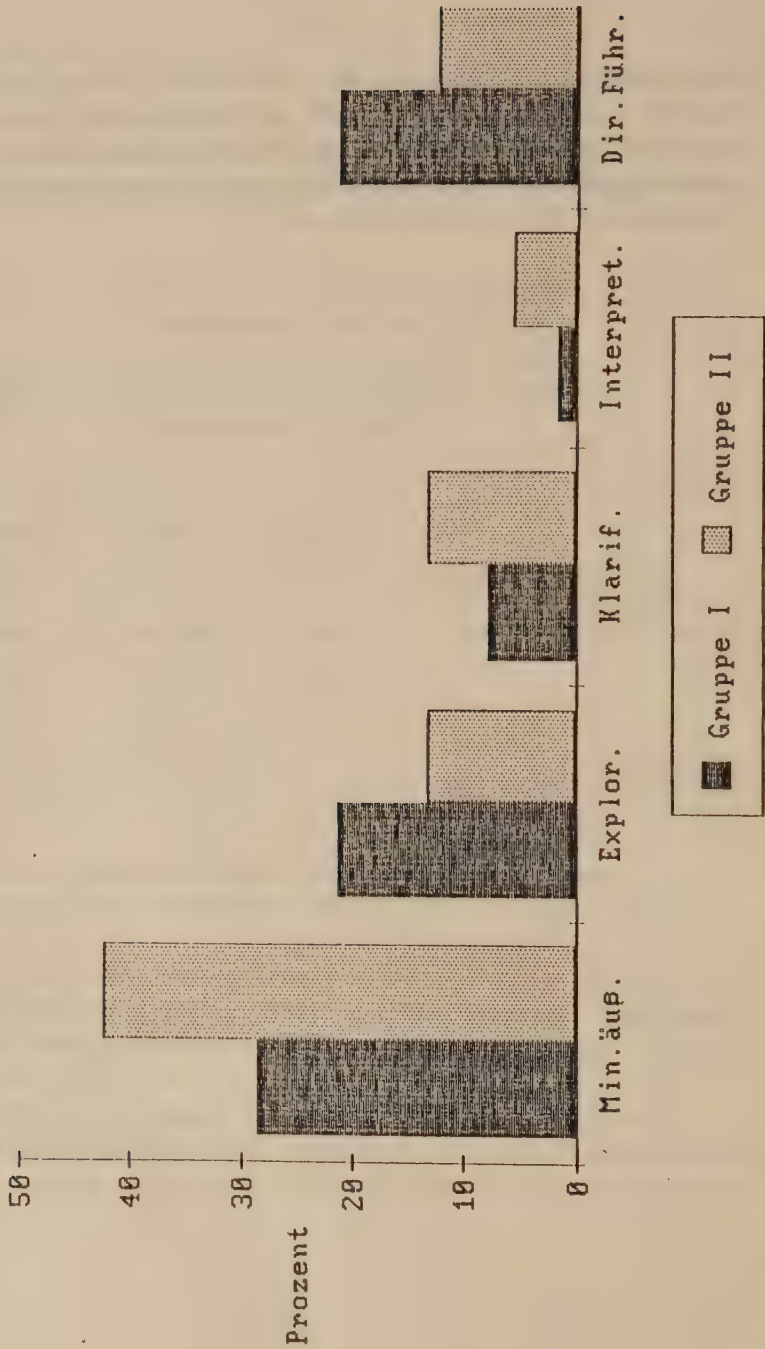
Weniger erfahrene Untersucher scheinen den Kommunikationsfluß bevorzugt explorativ und direktiv zu gestalten.

Bei erfahrenen Untersuchern zeichnet sich ein gegenläufiger Trend ab. Sie gewinnen erforderliche Informationen vorwiegend indirekt partizipativ, d.h. über Klarifikationen, Interpretationen und Minimaläußerungen.

Darüberhinaus nehmen die prozentualen Häufigkeiten der Kategorien 00, 10 und 20 (Minimaläußerungen, Klarifikationen und Interpretationen) mit wachsender Interviewererfahrung zu.

Eine graphische Darstellung der numerischen Angaben aus Tabelle 4 im Säulendiagramm soll die Abhängigkeit der prozentualen Anteile verschiedener Interventionskategorien (nach STRUPP 1973) von der Erfahrung des jeweiligen Interviewers nochmals veranschaulichen.

INTERVENTIONSKATEGORIEN



Abschließend sollen nun die Unterschiede zwischen den Gruppen I und II mit Hilfe eines statistischen Prüfverfahrens, dem KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben überprüft werden.

Tabelle 5 enthält die χ^2 -Werte für den Vergleich für Interviewergruppe I (weniger erfahren) und Interviewergruppe II (erfahren) hinsichtlich der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973).

Tabelle 5:

Ergebnisse des KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben für den Vergleich von Interviewergruppe I (weniger erfahren) und Interviewergruppe II (erfahren) hinsichtlich einer Modifikation der Interventionskategorien nach STRUPP (1973)

	chi ² -Werte	Signifikanz
Kategorie 00 (Minimaläußerungen)	1,85	-
Kategorie 10 (Explorationen)	3,99	+
Kategorie 20 (Klarifikationen)	4,23	+
Kategorie 30 (Interpretationen)	3,48	-
Kategorie 50 (Direkte Führung)	2,54	-
Kategorie 60 (Nicht klar therapie- relevante Intervent.)	0,24	-
Kategorie 70 (Nicht klassifizierbar)	2,36	-

Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interviewergruppen I und II liegt definitionsgemäß für einen Freiheitsgrad auf dem 5 % - Niveau vor, wenn χ^2 größer als 3,84 ist.

Dies trifft für die Kategorie 10 (Explorationen; $\chi^2 = 3,99$) und für die Kategorie 20 (Klarifikationen; $\chi^2 = 4,23$) zu.

Signifikant unterscheiden sich weniger erfahrene von erfahrenen Interviewern demnach in ihrem Explorations- und Klarifikationsverhalten, das somit erfahrungsspezifische Ausprägungen aufweist.

Erfahrene Therapeuten verwenden in den von uns untersuchten psychiatrischen Gesprächen signifikant weniger Explorationen und signifikant mehr Klarifikationen als weniger erfahrene Interviewer.

4.3. Gegenüberstellung kurzer und langer psychiatrischer Gespräche

Hier soll ein möglicher Zusammenhang zwischen der prozentualen Häufigkeit der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien (1973) in einem psychiatrischen Gespräch und der Dauer des betreffenden Interviews untersucht werden.

Zu diesem Zweck unterteilten wir die uns vorliegenden psychiatrischen Behandlungsgespräche in Gespräche von kurzer (0,44-20,4 Minuten) und in Gespräche von langer Dauer (21,7-53,0 Minuten).

Tabelle 6:

Gesprächsnummer	Länge in Minuten
114-874	18,2
114-881	29,3
114-896	45,1
114-897	45,3
115-875	20,4
115-882	45,0
116-876	39,7
116-877	12,2
116-878	53,0
116-879	24,6
116-885	9,7
116-889	5,9
116-891	18,9
116-895	4,1
117-880	16,6
117-883	37,6
117-884	9,9
117-888	19,0
117-893	4,4
118-886	20,1
118-887	44,9
118-890	21,7
118-892	21,9
118-894	19,7

Die Unterschiede von psychiatrischen Gesprächen unterschiedlicher Dauer bezüglich der Interventionskategorien nach STRUPP (1973) wollen wir mit Hilfe des KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben darstellen.

Tabelle 7 faßt die Ergebnisse der statistischen Untersuchung zusammen.

Tabelle 7:

Ergebnisse des KRUSKAL-WALLIS-TEST für unabhängige Stichproben für den Vergleich von kurzen und langen psychiatrischen Gesprächen hinsichtlich der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973):

	chi ²	Signifikanz
Kategorie 00 (Minimaläußerungen)	4,72	+
Kategorie 10 (Explorationen)	3,77	-
Kategorie 20 (Klarifikationen)	0,00	-
Kategorie 30 (Interpretationen)	5,61	+
Kategorie 50 (Direkte Führung)	2,01	-
Kategorie 60 (Nicht klar therapierelevante Intervent.)	0,52	-
Kategorie 70 (Nicht klassifizierbar)	0,00	-

Signifikant ist das Ergebnis des KRUSKAL-WALLIS-TEST für einen Freiheitsgrad innerhalb der 5 % - Schranke der χ^2 -Verteilung definitionsgemäß dann, wenn der Wert für χ^2 größer als 3,84 ist.

Ein χ^2 größer als 3,84 liegt bei Kategorie 00 (Minimaläußerungen; $\chi^2 = 4,72$) und Kategorie 30 (Interpretationen; $\chi^2 = 5,61$) vor.

Wir dürfen demnach die Schlußfolgerung ziehen, daß in lange dauernden psychiatrischen Gesprächen signifikant häufiger Minimaläußerungen erfolgen als in kurzdauernden Gesprächen.

Darüberhinaus läßt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer eines psychiatrischen Gespräches und der Häufigkeit interpretativer Therapeuteninterventionen feststellen.

Mit zunehmender Dauer psychiatrischer Gespräche verwenden die Therapeuten signifikant häufiger Interpretationen.

4.4. Das ärztliche Gespräch in der ambulanten psychiatrischen Therapie von psychotischen und neurotischen Patienten

Es geht hier um die Frage, inwieweit Patientenvariablen das Interventionsverhalten des Therapeuten beeinflussen.

Hierzu teilen wir die untersuchten Patienten nach dem Diagnoseschlüssel der "International Classification of Diseases" (9.Revision, 1979) in verschiedene Krankheitsgruppen ein.

Die erste Gruppe ist eine Gruppe von sechzehn Patienten mit endogen bedingten Psychosen. Sie umfaßt zum einen Patienten mit schizophrenen Psychosen der hebephrenen oder paranoiden Form, Patienten mit schizophrenen Residualzuständen und schizoaffektiven Psychosen, sowie Kranke, die an affektiven Psychosen leiden.

Der zweiten Gruppe gehören acht Patienten an, die an Neurosen (Angstzustände oder neurotische Depression) oder an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind.

Mit Hilfe eines statistischen Prüfverfahrens, dem KRUSKAL-WALLIS-TEST für den Vergleich mehrerer unverbundener Stichproben, suchen wir nach signifikanten Unterscheidungsmerkmalen von Therapeuteninterventionen während psychiatrischer Gespräche mit psychotischen oder neurotischen Patienten.

Tabelle 8 zeigt die berechneten χ^2 -Werte für den Vergleich psychiatrischer Gespräche mit psychotischen oder neurotischen Patienten bezüglich der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973).

Tabelle 8:

Ergebnisse des KRUSKAL-WALLIS-TEST für den Vergleich psychiatrischer Gespräche mit psychotischen oder neurotischen Patienten bezüglich der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973)

	chi ²	Signifikanz
Kategorie 00 (Minimaläußerungen)	0,24	-
Kategorie 10 (Explorationen)	5,31	+
Kategorie 20 (Klarifikationen)	2,14	-
Kategorie 30 (Interpretationen)	4,91	+
Kategorie 50 (Direkte Führung)	1,25	-
Kategorie 60 (Nicht klar therapierelevante Intervent.)	1,52	-
Kategorie 70 (Nicht klassifizierbar)	0,00	-

Ein χ^2 (für einen Freiheitsgrad auf dem 5 % - Niveau), das größer als 3,84 ist, entspricht einem signifikanten Ergebnis.

Hier weist der KRUSKAL-WALLIS-TEST bei der Kategorie 10 (Explorationen) und 30 (Interpretationen) mit einem χ^2 von 5,31 und 4,91 auf einen signifikanten Unterschied zwischen Gesprächen mit psychotischen und neurotischen Patienten hin.

In den von uns untersuchten 24 psychiatrischen Gesprächen intervenieren die Therapeuten bei Psychose-Patienten signifikant häufiger explorativ als sie es bei Neurose-Patienten tun.

Umgekehrt verhält es sich mit interpretativen Therapeuten-statements: Bei psychiatrischen Gesprächen mit neurotischen Patienten verwenden die Interviewer signifikant häufiger Interpretationen als bei psychotischen Patienten.

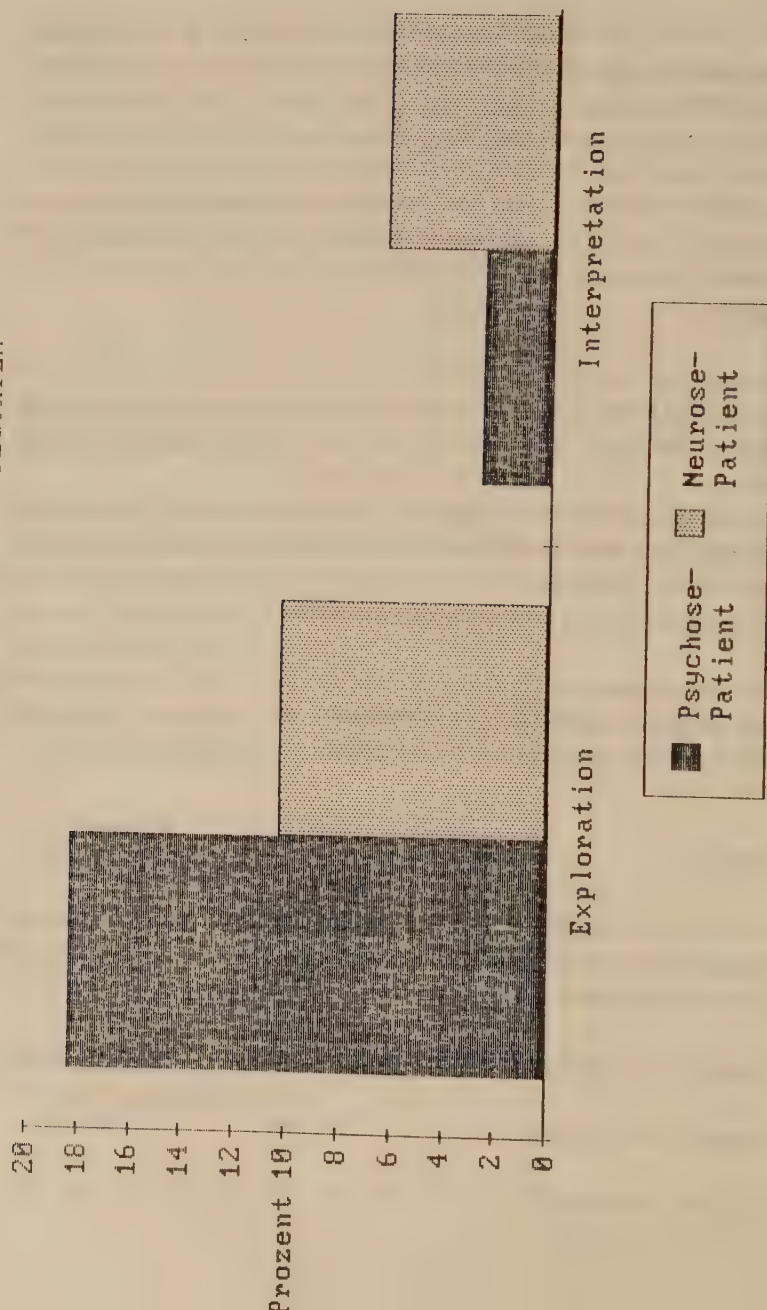
Die Berechnung der prozentualen Anteile von Explorationen und Interpretationen bei Psychose- und Neurose- Patienten sowie deren graphische Darstellung sollen dies verdeutlichen.

Tabelle 9:

Prozentuale Häufigkeiten von Explorationen und Interpretationen in psychiatrischen Gesprächen mit Psychose- und Neurose- Patienten:

Interventionskategorie	Explorationen	Interpretationen
Psychose-Patienten	18,35%	2,66%
Neurose-Patienten	10,27%	6,40%

INTERVENTIONSKATEGORIEN



Kann man im Umgang mit psychotischen und neurotischen Patienten Unterschiede zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Untersuchern feststellen?

Diese Frage soll Tabelle 10 beantworten, die die χ^2 -Werte des KRUSKAL-WALLIS-TEST für den Vergleich erfahrener und weniger erfahrener Therapeuten bei Psychose- und Neurose-Patienten bezüglich der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien enthält.

Tabelle 10:

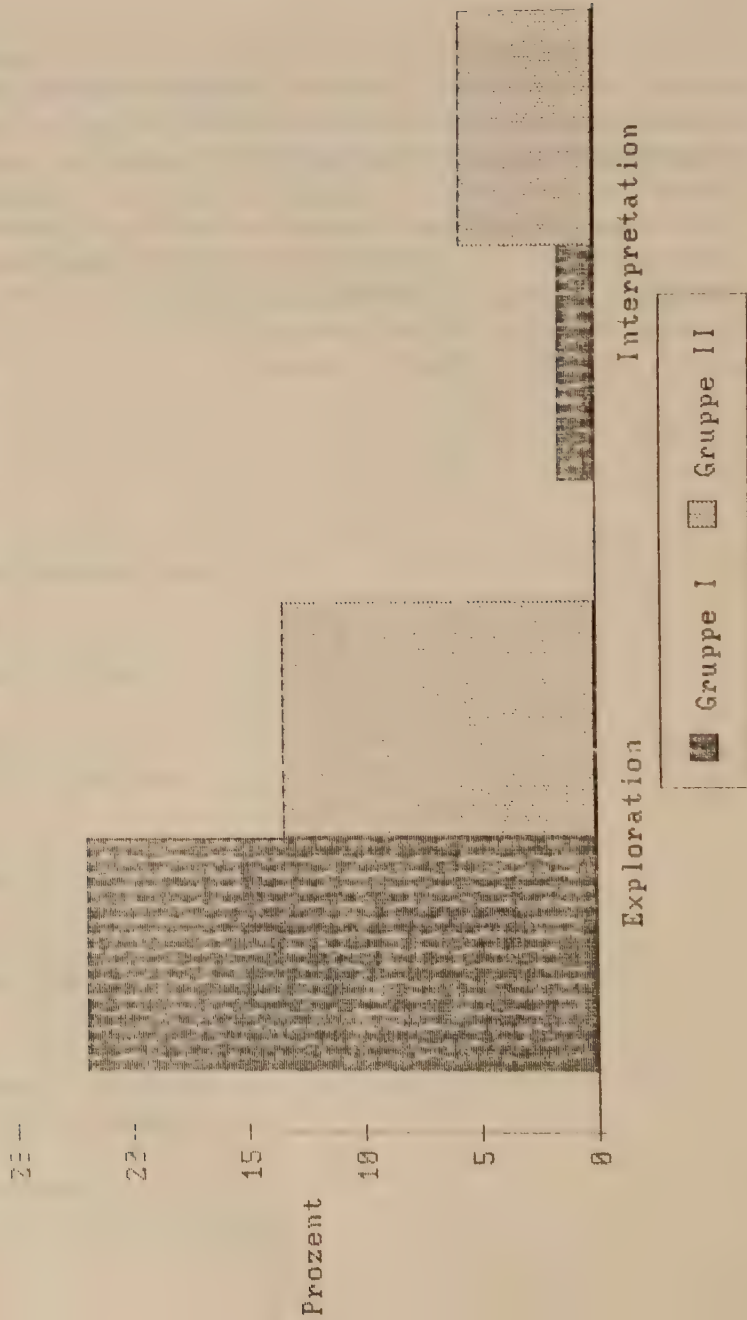
Ergebnisse des KRUSKAL-WALLIS-TEST für den Vergleich erfahrener und weniger erfahrener Untersucher in Gesprächen mit Psychose- oder Neurose Patienten hinsichtlich der modifizierten Interventionskategorien nach STRUPP (1973):

	Psychose-Patienten	Neurose-Patienten
	chi ²	chi ²
Kategorie 00 (Minimaläußerungen)	0,81	0,33
Kategorie 10 (Explorationen)	4,22	2,54
Kategorie 20 (Klarifikationen)	2,04	1,30
Kategorie 30 (Interpretationen)	0,13	1,12
Kategorie 50 (Direkte Führung)	0,63	3,12
Kategorie 60 (Nicht klar therapierelev. Interv.)	1,24	2,08
Kategorie 70 (Nicht klassifizierbar)	-	-

Aus Tabelle 10 geht hervor, daß bei Kategorie 10 (Explorationen) mit einem $\chi^2 = 4,22$ bei Psychose-Patienten das Interventionsverhalten von erfahrenen und weniger erfahrenen Untersuchern signifikant differiert.

Weniger erfahrene Untersucher explorieren in psychiatrischen Gesprächen mit psychotischen Patienten signifikant häufiger (22,03%) als erfahrene Interviewer (13,46%), was folgende Abbildung verdeutlichen soll:

INTERVENTIONSKATEGORIEN



5. DISKUSSION

5.1. Eigene Ergebnisse der Analyse von Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen

Es ist aufgefallen, daß das psychiatrische Gespräch einen hohen Anteil an Minimaläußerungen, direktiven und explorativen Therapeutenstatements aufweist.

Gespräche mit vielen Minimaläußerungen der Therapeuten werden von den Patienten als vertrauensvoll und angenehm erlebt (MARX 1976). Die häufige Verwendung von "Minimal-äußerungen", die insbesondere den Interventionsstil von Psychiatern mit längerer Erfahrung kennzeichnet, mag daher als bedeutsamer Parameter für die Entwicklung einer von Empathie getragenen Beziehung in psychiatrischen Gesprächen gelten.

Der prozentuale Anteil direkter Therapeutenstatements von rund 18 % kann nur teilweise durch die "Expertenrolle" des Psychiaters erklärt werden. Er repräsentiert vielmehr den Stellenwert des psychiatrischen Gespräches als Vehikel für psychopharmakologische Interventionen.

Die Kategorie "Direkte Führung" umfaßt in den von uns untersuchten psychiatrischen Gesprächen neben Terminvereinbarungen vorwiegend Therapeutenäußerungen, die Art, Dauer, Dosierung und Begründung von Medikamenteneinnahmen des Patienten betreffen.

Die durchschnittliche Häufigkeit von Explorationen von nahezu 18% spiegelt die diagnostische Komponente des ärztlichen Gespräches wider. Wie der historische Exkurs zeigt, geht das Untersuchungsgespräch auf die klassische phänomenzentrierte Exploration der naturwissenschaftlichen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts zurück.

Explorative Therapeuteninterventionen kommen in psychiatrischen Gesprächen mit psychotischen Patienten signifikant häufiger vor als in psychiatrischen Gesprächen mit neurotischen Patienten.

Hingegen erfolgt die Kommunikation mit an Neurosen leidenden Patienten, im Gegensatz zu Gesprächen mit psychotischen Patienten, in signifikant größerem Ausmaß auf einer interpretativen Ebene.

Dieses Ergebnis spiegelt die Schwierigkeiten wider, die sich dem Psychiater in psychiatrischen Gesprächen mit psychotischen Patienten stellen.

Nur langsam gelingt es, eine therapeutische Beziehung zu dem psychotischen Patienten herzustellen, ein tragendes Arbeitsbündnis, das es erlaubt, im Dialog das psychotische Erleben zu reflektieren und intrapsychische und interpersonelle Konflikte des Psychotikers anzusprechen.

Bei der Behandlung der Psychosen sind Interpretationen nicht das entscheidende Element des therapeutischen Rapports, da ein essentieller Bestandteil der Ichfunktion des psychotischen Patienten, die Realitätsprüfung, eingeschränkt ist.

Explorationen helfen die kommunikative Lücke, die durch den eigentümlichen Sprachgebrauch des Psychotikers entsteht, überbrücken und verstehen.

Der Einfluß erfahrungsspezifischer Parameter auf die Kommunikationseigenschaften verschiedener Untersucher läßt sich auch bei der Therapie psychotischer Patienten erkennen.

Die Interventionstechnik weniger erfahrener Interviewer in psychiatrischen Gesprächen mit Psychotikern ist durch einen signifikant höheren Gebrauch von Explorationen geprägt als die Gesprächsführung von erfahrenen Psychiatern aufweist.

Unabhängig von der berufsspezifischen Erfahrung des Psychiaters steigt die Häufigkeit von Interpretationen und Minimaläußerungen mit zunehmender Dauer des psychiatrischen Gespräches an.

Untersuchungen über die Anwendung des kontentanalytischen Systems nach STRUPP (1965; 1973) zur Analyse psychiatrischer Gespräche wurden uns bisher nicht bekannt. Es sind aber psychoanalytische Erstinterviews im methodischen Rahmen der Psychotherapieforschung bereits untersucht worden, sodaß sich ein Vergleich verbaler Therapeuteninterventionen in psychiatrischen Gesprächen und in psychotherapeutischen Erstinterviews anbietet.

5.2. **Vergleichende Betrachtung der Prozentanteile-
unterschiedlicher Interventionskategorien nach
STRUPP (1965; 1973) in psychiatrischen Gesprä-
chen und psychotherapeutischen Erstinterviews
(KITZMANN 1974 und BRÄHLER 1976)**

1974 veröffentlichte ARNOLD KITZMANN in der Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse (20: 101-115) die Ergebnisse seiner Untersuchung der jeweils ersten 20 Minuten von 35 psychoanalytischen Erstinterviews, die er anhand einer Modifikation des STRUPP'schen kontentanalytischen Systems (1965) ausgewertet hatte. Demnach betrug der prozentuale Anteil von Interviewerinterventionen

der Kategorie 00 (Minimale Aktivität)	14,6 %
der Kategorie 10 (Explorative Aktivität)	43,7 %
der Kategorie 20 (Klarifikative Aktivität)	6,6 %
der Kategorie 30 (Interpretative Aktivität)	16,0 %

Die von KITZMANN ermittelten prozentualen Häufigkeiten der Kategorie 50 (Direkte Führung) und der Kategorie 60 und 70 (nicht klar therapierelevante Interventionen und nicht klassifizierbare Interventionen) sind leider weder oben genannter Publikation noch seiner medizinischen Dissertation (1973) zu entnehmen, sodaß im Folgenden nicht alle Kategorien nach STRUPP (1965; 1973) einem Vergleich unterzogen werden können.

Zwei Jahre später nahm ELMAR BRÄHLER im Rahmen seiner Arbeit : " Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Gießener Sprachanalyseanlage " (Med. Diss. 1976) ebenfalls eine Einstufung der Therapeuteninterventionen in psychotherapeutischen Erstinterviews nach einem modifizierten System nach STRUPP (1965) vor.

BRÄHLER berechnete die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Interventionskategorien wie folgt:

Minimaläußerungen	42,0 %
Exploration	20,2 %
Minimaläußerung und Exploration	5,8 %
Klarifikation	7,6 %
Minimaläußerung und Klarifikation	1,6 %
Interpretation	6,4 %
Minimaläußerung und Interpretation	.1,1 %
Direkte Führung	9,2 %
Minimaläußerung und direkte Führung	1,2 %
Nicht klar therapierelevante Intervention	3,6 %
Minimaläußerung und nicht klar therapierelevante Intervention	0,1 %
Nicht klassifizierbar	1,2 %

Tabelle 11 zeigt die Gegenüberstellung der prozentualen Häufigkeiten der Therapeuteninterventionen in der eigenen Untersuchung von psychiatrischen Gesprächen und den Ergebnissen von Studien KITZMANNS 1974 und BRÄHLERS 1976.

Es werden dabei Interventionen, denen eine Minimaläußerung vorangeht, jeweils der entsprechenden nachfolgenden Hauptkategorie zugeordnet.

Tabelle 11:

Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Therapeuteninterventionen nach einem modifizierten System von STRUPP (1965, 1973) in psychiatrischen Gesprächen und in psychotherapeutischen Erstinterviews

	Psychiatrische Gespräche	Psychotherapeutische Erstinterviews	
		KITZMANN (1974)	BRÄHLER (1976)
Kategorie 00 (Minimaläuße- rungen)	32,61 %	14,6 %	42,0 %
Kategorie 10 (Exploratio- nen)	17,84 %	43,7 %	26,0 %
Kategorie 20 (Klarifika- tionen)	10,93 %	6,6 %	9,2 %
Kategorie 30 (Interpreta- tionen)	3,36 %	16,0 %	7,5 %
Kategorie 50 (Direkte Füh- rung)	17,95 %	-	10,4 %

Der Vergleich der modifizierten Therapeuteninterventionen nach STRUPP (1965, 1973) ist nicht für alle Kategorien möglich, da die Ergebnisse der Untersuchungen psychotherapeutischer Erstinterviews erheblich differieren und die Prozentanteile der Kategorien 50 (Direkte Führung), 60 (nicht klar therapierelevante Interventionen) und 70 (nicht klassifizierbar) der Untersuchung KITZMANNS nicht bekannt sind.

Auffallend ist bei Untersuchung der psychoanalytischen Erstinterviews die beträchtliche Diskrepanz bei der Aufzeichnung der prozentualen Häufigkeit für "Minimaläußerungen".

Während KITZMANN nur 14,6 % angibt, stellen für BRÄHLER "Minimaläußerungen" mit 42 % den weitaus größten prozentualen Anteil der Therapeutenäußerungen. Laut BRÄHLER könnte eine mögliche Erklärung für diese außerordentlich hohe Differenz in einer unterschiedlichen Registrierung von "hmm's" im Verbatimtranskript liegen.

Bei den von uns betrachteten psychiatrischen Gesprächen vertreten "Minimaläußerungen" (33 %), wie in der Untersuchung BRÄHLERS, die häufigste Interventionsform.

Die Kategorie 10, "Explorationen", findet sich bei KITZMANN in 43,7 %, bei BRÄHLER hingegen, in 26 % der Therapeuteninterventionen.

Es zeigt sich eine deutliche Bevorzugung explorativer Aktivität in psychotherapeutischen Interviews gegenüber den psychiatrischen Gesprächen.

Dieses Ergebnis spiegelt die diagnostische Komponente des psychotherapeutischen Erstinterviews eindrucksvoll wider. So beinhalten die Zielsetzungen des psychodynamischen Erstinterviews (SULLIVAN 1955, GILL, NEWMAN, REDLICH 1954) neben der Zentrierung auf interpersonelle Prozesse auch die Beurteilung der psychosozialen Situation des Patienten sowie die Exploration psychiatrischer Symptome. Das psychiatrische Gespräch, das regelmäßig das Arbeitsbündnis zwischen Psychiater und Patient erneuert, hat neben seiner Frage nach der Symptomatik vorwiegend therapeutischen Charakter.

Dafür sprechen auch die im Vergleich zu psychotherapeutischen Erstinterviews dominierenden prozentualen Anteile der Kategorien 20 "Klarifikationen" (ca.11 %) und 50 "Direkte Führung" (ca.18 %).

Die psychoanalytisch ausgerichtete Vorgehensweise der Therapeuten in psychotherapeutischen Erstinterviews zeigt sich bei der Betrachtung der prozentualen Häufigkeitsverteilung von Interpretationen (Kategorie 30).

Während interpretative Tätigkeit in psychiatrischen Gesprächen in lediglich 3 % der Therapeuteninterventionen vorkommen, stellen Interpretationen in psychotherapeutischen Erstinterviews rund 16 % (KITZMANN), beziehungsweise 7,5 % (BRÄHLER) der Intervieweräußerungen.

Das kontextanalytische System nach STRUPP(1965, 1973) erlaubt es leider nicht, die Adäquatheit und Effektivität der Therapeuteninterventionen zu beurteilen. Auch müssen paralinguistische (Betonung, Sprachverzögerung etc.) und nonverbale (Mimik, Gestik, Körperhaltung) Aspekte vernachlässigt werden.

So bleibt der Einfluß mannigfaltiger Patientenvariablen auf den Interventionsstil des Therapeuten bei der Kategorisierung der Therapeutenäußerungen nach STRUPP (1965, 1973) ebenfalls unberücksichtigt.

Wir konnten jedoch nachweisen, daß Psychiater Gespräche mit psychotischen und neurotischen Patienten unterschiedlich strukturieren.

In den von uns untersuchten psychiatrischen Gesprächen intervenieren die Therapeuten bei psychotischen Patienten signifikant häufiger explorativ und signifikant weniger interpretativ als bei neurotischen Patienten.

Aus diesem Ergebnis läßt sich der Einfluß einer gesprächs-unabhängigen Variablen, der Einfluß der Art der seelischen Störung, auf das Interaktionsverhalten des Psychiaters ablesen.

5.3. Gegenüberstellung des Interventionsverhaltens von Untersuchern unterschiedlicher Erfahrung in psychiatrischen Gesprächen und psychotherapeutischen Erstinterviews

1973 verglich ARNOLD KITZMANN im Rahmen seiner Ulmer Dissertation: "Untersuchungen zum Interaktionsvorgang in psychotherapeutischen Erstinterviews" das Explorations- und Interpretationsverhalten von Interviewern verschiedener Erfahrung.

Der Einstufung der einzelnen Therapeuteninterventionen legte er das revidierte STRUPP'sche Kategoriensystem (1965) zugrunde.

Er veröffentlichte folgende Anteile explorativer und interpretativer Statements in Prozent.

Interviewer	Explorationen	Interpretationen
A	49,2	17,5
B	32,6	30,4
C	62,6	8,3
D	44,1	7,2
E	26,1	25,6
F	48,4	7,3

KITZMANN zeigte, daß unerfahrene Interviewer in psychotherapeutischen Erstgesprächen signifikant häufiger Explorationen verwenden als erfahrene Psychotherapeuten, die vermehrt interpretativ arbeiten.

Die Therapeuteninterventionen der STRUPP'schen Kategorien "Minimaläußerungen", "Klarifikationen", "Direkte Führung", "Nicht klar therapierelevante Intervention" und "nicht klassifizierbare Interventionen" untersuchte KITZMANN in Hinblick auf erfahrungsspezifische Unterschiede nicht. Aus diesem Grunde lassen sich lediglich die explorative und interpretative Aktivität von Untersuchern unterschiedlicher Erfahrung in psychotherapeutischen Erstinterviews und in psychiatrischen Gesprächen vergleichen.

Das Explorationsverhalten der Therapeuten weist, sowohl in psychotherapeutischen Erstinterviews als auch in psychiatrischen Gesprächen, erfahrungsspezifische Ausprägungen auf.

Weniger erfahrene Therapeuten gestalten den Kommunikationsfluß signifikant stärker explorativ als erfahrene Untersucher. In psychiatrischen Gesprächen gilt dies auch im Umgang mit psychotischen Patienten: Weniger erfahrene Untersucher explorieren in psychiatrischen Behandlungsgesprächen mit psychotischen Patienten signifikant häufiger als erfahrene Interviewer.

In psychiatrischen Gesprächen kann darüberhinaus die STRUPP'sche Kategorie 20, "Klarifikationen", als Unterscheidungsmerkmal zwischen weniger erfahrenen und erfahrenen Psychiatern gelten: Erfahrene Psychiater verwenden in psychiatrischen Gesprächen signifikant mehr Klarifikationen als weniger erfahrene Therapeuten.

Das kontentanalytische System nach STRUPP (1965,1973) erlaubt es nicht, die Qualität von Therapeuteninterventionen zu beurteilen.

Dennoch kann man davon ausgehen, daß eine häufige Verwendung von Klarifikationen der gegenseitigen Verständigung und damit dem Aufbau einer tragenden Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung jeglichen diagnostischen und therapeutischen Bemühens dient.

Dafür spricht zudem das subjektive Erleben der Therapeuten, die Gespräche, die viele Klarifikationen aufweisen, als "eher gut" empfinden (MARX 1976).

Wir können daraus die Schlußfolgerung ziehen, daß ein Arzt im Verlauf seiner psychiatrischen Weiterbildung die Fähigkeit erlernt, den Schwerpunkt seiner Interviewtechnik von der Exploration auf die Klarifikation zu verlagern.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie dient der Charakterisierung verbaler Kommunikationsmuster der Therapeuten in psychiatrischen Gesprächen.

Hierzu werden die Therapeuteninterventionen in 24 Gesprächen, die von fünf Ärzten an der Psychiatrischen Poliklinik der Universität München geführt wurden, anhand eines modifizierten kontextanalytischen Systems nach STRUPP (1975) in verschiedene Kategorien eingestuft.

Es werden einzelne Aspekte der Komplexität von Kommunikationsstrukturen in psychiatrischen Gesprächen, wie die Berufserfahrung der Psychiater, die Dauer der Gespräche und die Erkrankung der Patienten an Psychosen oder Neurosen berücksichtigt.

Eine Auswertung der Interaktionsmerkmale verschiedener Psychiater zeigt, daß die Interventionstechnik weniger erfahrener Untersucher häufiger von explorativer Aktivität geprägt ist als die Gesprächsführung erfahrener Psychiater, die durch eine stärker klarifizierende Gestaltung des Kommunikationsflusses charakterisiert wird.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Verteilungsmuster von Therapeuteninterventionen und der Länge psychiatrischer Gespräche weist einen Anstieg von Minimaläußerungen und Interpretationen mit zunehmender Dauer ärztlicher Gespräche nach.

Den dyadischen Charakter psychiatrischer Gespräche betont die Analyse des Einflusses krankheitsspezifischer Patientenvariablen auf den Interventionsstil der Therapeuten: Die Kommunikation mit psychotischen Patienten hat vorwiegend explorativen Charakter, während sich Dialoge mit neurotischen Patienten eher auf einer interpretativen Ebene bewegen.

Als Vergleichsmaterial stehen Ergebnisse aus der Literatur zu inhaltsanalytischen Untersuchungen an psychotherapeutischen Erstinterviews zur Verfügung (KITZMANN 1973/1974, BRÄHLER 1976).

Im Gegensatz zu psychotherapeutischen Erstinterviews dominieren in psychiatrischen Gesprächen Minimaläußerungen, d.h. Äußerungen von "Hmhm" und "Ahja", Klarifikationen und direktive Therapeuteninterventionen, was den therapeutischen Charakter und den Stellenwert des psychiatrischen Gespräches unterstreicht.

Interpretationen spielen hingegen im Vergleich mit psychotherapeutischen Erstinterviews in psychiatrischen Gesprächen eine untergeordnete Rolle.

Der historische Exkurs beschreibt die Entwicklung des ärztlichen Gespräches in der Psychiatrie von der klassischen phänomenologisch-orientierten Exploration zu einem multidimensional ausgerichteten psychiatrischen Gespräch, das sowohl deskriptiv-psychopathologische als auch psychodynamische Aspekte in sich vereinigt.

7. HISTORISCHER EXKURS

7.1. Der Stellenwert des ärztlichen Gesprächs als psychiatrische Behandlungsmethode

- von den Anfängen bis zur Ära Philippe PINELS

Die Geschichte des Gesprächs als therapeutisches Prinzip bei der Behandlung seelischer Störungen ist wohl so alt wie die Geschichte der Medizin. Seine Ursprünge wurzeln in den Beschwörungsriten der Medizinmänner alter Kulturen, deren Ziel es war, nicht nur physisches, sondern auch psychisches Leid zu lindern.

Der Ersatz jener mystisch-dämonologischen Traditionen durch die rationalistische Weltanschauung griechischer Philosophen ebnete den Weg für die Blüte der hippokratischen Heilkunst im 4. Jahrhundert vor Christus. Im Rahmen des Glaubens an den natürlichen Charakter der Geisteskrankheiten rückte damit die Persönlichkeit des Patienten in den Blickpunkt des ärztlichen Interesses.

Die römische Epoche fand ihren herausragenden Vertreter in dem Methodistenarzt SORANUS (93-138 n.Chr.). Er wandte sich entschieden gegen die menschenunwürdigen Praktiken vieler seiner Zeitgenossen, die psychisch Kranke auspeitschen ließen, sie aushungerten und in dunklen Kerkern gefesselt hielten. SORANUS sorgte für helle Aufenthaltsräume und hielt seine Bediensteten dazu an, die Kranken liebevoll zu betreuen. Gemäß der uns heute zur Verfügung stehenden schriftlichen Überlieferungen war SORANUS darüberhinaus der erste Arzt, der sich eingehend mit Geisteskranken über ihre Sorgen unterhielt, um im Rahmen mitmenschlichen Verständnisses ihre seelische Not zu erleichtern.

Diese humanitäre Einstellung wurde während des Mittelalters lediglich in arabisch beeinflussten Ländern und in der religiös neutralen, kosmopolitischen Schule von Salerno unter CONSTANTINUS AFRICANUS (ca. 1020-1087) bewahrt.

Im übrigen Europa hingegen sollte das therapeutische Gespräch zwischen Arzt und geisteskrankem Patient bis zur Epoche der Aufklärung einer religiöser Mystik und mangelnder ärztlichen Fürsorge weichen. Zwar waren christliche Klöster und Abteien bis zum 13. Jahrhundert noch Horte der Barmherzigkeit und Nächstenliebe, doch fehlte das Bemühen um ein tieferes Verständnis für geistige Krankheiten.

Klerikale Exorzisten stempelten Geisteskranke zu Hexen und Magiern, die sich aus freien Stücken vom Christentum abgewandt und den Satan als ihren Herrn auserkoren hatten. Im Gefolge dieses Fanatismus wurden Tausende hilfloser Geisteskranker gnadenlos zum Tod auf dem Scheiterhaufen verurteilt.

Nur allmählich, im Zeitalter der Renaissance, fanden einige Ärzte wie THEOPHRASTUS BOMBASTUS VON HOHENHEIM, genannt PARACELSUS (ca. 1493-1541) und JOHANN WEYER (1515-1588) den Mut, die Auswüchse der Inquisition anzuprangern. In seiner berühmten Streitschrift "De Praestigiis Daemonum", die 1563 in Basel veröffentlicht wurde, verurteilte WEYER vehement die Folterungen und Verbrennungen von Hexen. Seiner Ansicht nach handelte es sich bei diesen Unglücklichen um Kranke, deren Geständnisse nachweislich das Werk der Einbildung seien. Aus diesem Grunde sollten sie nicht von Theologen verhört, sondern von Ärzten behandelt werden. WEYER vollzog damit einen bedeutsamen Schritt von der starren Verabsolutierung mittelalterlicher Dogmen zum humanistisch freiheitlichen Verständnis der Neuzeit. Dennoch sollte das unglückliche Los der Geisteskranken in Europa bis zur Konstituierung der Psychiatrie als einem neuen medizinischen Fachgebiet um die Wende des 18. zum

19. Jahrhundert fortbestehen. Viele von ihnen fristeten ein jämmerliches Dasein als Landstreicher, Bettler oder als verlachte und verhöhnnte Narren. Andere wurden von ihrer eigenen Familie brutal mißhandelt und in engen Käfigen lebenslang gefangengehalten. Auch in den unhygienischen Spitälern, in denen Peitsche und Ketten regierten, erging es ihnen nicht besser. Zu allem Überfluß wurden, beispielsweise im Narrenturm zu Wien oder im berühmten Bethlehem (Bedlam) Mental Asylum in London, die Geisteskranken gegen ein geringes Entgelt, Schaulustigen zum Gespött vorgeführt.

Endlich erwachte Ende des 18. Jahrhunderts unter dem Einfluß philanthropischer Geistesströmungen der Ruf nach Reformen. In England wurde er vor allem von dem Quäker WILLIAM TUKE (1732-1819) und von ANDREW HARPER verfochten. HARPERS fortschrittliche Gesinnung kommt in folgenden Zeilen der deutschen Übersetzung (1792, S.52) seiner "Treatise on the real cause and cure of insanity" zum Ausdruck:

"Die Gewohnheit, solche unglückliche Wahnsinnige in die Zellen von Bedlam oder in fürchterliche Kerker eines Privathauses einzusperren ist wahrlich grausam und unvernünftig... Es ist gegen alle Pflichten der Menschlichkeit und der Leidende verliert dadurch alle Vorteile und günstige Gelegenheiten, welche zu seiner Genesung beitragen könnten. Ich bin gewiss überzeugt, daß der Wahnsinn im Anfang sicher und schnell geheilt werden kann und daß das Einsperren die Krankheit immer vermehrt."

Ähnlich äußerte sich der unbekannte Übersetzer des Werkes von VINCENZO CHIARUGI (1759-1820) im Vorwort von

"Della pazzia in genere ed in spezie, trattato medico-analitico con una centuria di offervazioni" 1795:

"Es muß gewiss für jeden Menschenfreund einer der schauderhaftesten Anblicke sei, wenn man in sehr vielen Irrenhäusern die unglücklichen Opfer dieser schrecklichen Krankheit in finsternen, feuchten Löchern, wo nie frische Luft hinein-

gebracht werden kann, auf unreinem selten gewechseltem Stroh, mitten in ihrem eigenem Kote und mit Ketten gefesselt, oft ganz nackend liegen sieht. In solchen Wohnungen des Schreckens könnte wohl der Vernünftigste eher wahnsinnig, als ein Wahnsinniger wieder zur Vernunft gebracht werden."

VINCENZO CHIARUGI selbst, meinte hinsichtlich der Behandlung von Geisteskranken:

"Man muß bedenken, daß ein solcher Mensch unser größtes Mitleid verdient; und wer die Aufsicht über ihn hat, der muß sich wie ein Vater, der seine Kinder züchtigt, nicht wie ein Henker gegen ihn betragen" (1795, S. 373).

Demgemäß sei es Aufgabe des Arztes, fuhr der Direktor des Bonifazio Hospitals in Florenz fort, sich zum "Herrn von dem Herzen des Kranken" (1795 S.284) zu machen und sein "Zutrauen zu gewinnen" (1795 S.284), um ihm durch "Güte auf entfernterem und ungeradem Wege zur Erkenntnis der Wahrheit zu führen" (1795 S.285).

Dieser aufgeschlossenen Haltung wegen, gilt VINCENZO CHIARUGI als Vorläufer der, von Wertvorstellungen der Aufklärung und französischen Revolution geprägten moraltherapeutischen Psychiatrie PHILIPPE PINELS (1745-1826).

- Der Stellenwert des ärztlichen Gesprächs als
psychiatrische Behandlungsmethode zur Zeit der
Vorherrschaft der französischen Psychiatrie

PHILIPPE PINEL (1745-1826) gebührt das Verdienst, eine neue medizinische Disziplin, die Seelenheilkunde oder Psychiatrie, wie JOHANN CHRISTIAN REIL sie nannte, ins Leben gerufen zu haben.

Er legte ihren Grundstein 1793, als er die ihm anvertrauten Geisteskranken der Männeranstalt Bicêtre von ihren Ketten befreite und an die Stelle roher Zwangsmaßnahmen moralische Prinzipien setzte. Dabei war er von dem Glauben an die Heilbarkeit der Geisteskrankheiten überzeugt, und vom Geist der Aufklärung beseelt, was folgendes Zitat widerspiegelt: "Der aufgeklärte Mensch wird nicht zum Echo einer öffentlichen Meinung, er diskutiert sie, und wenn die augenscheinlichen Tatsachen zu einem gegenteiligen Ergebnis führen, läßt er die anderen an ihrem Irrtum Gefallen finden und genießt umso mehr die Wahrheit."

(L'homme éclairé ne devient point l'echo d'une opinion générale, il la discute, et si les faits évidents donnent un résultat contraire, il laisse les autres se complaire dans leur erreur et il n'en goûte que mieux la vérité." 1807 S.113).

Der Schlüssel für eine wahre Behandlung der Geisteskranken, denen er eine tiefe Sensibilität zuerkannte (sensibilité profonde, 1807, S.113), lag für PINEL in einer ausgewogenen Haltung zwischen Milde und Strenge. Der Arzt müsse, seiner Ansicht nach, auf die persönliche Eigenart des Kranken eingehen. Von großer Wichtigkeit seien außerdem großes Interesse (grand intérêt, 1807 S.119) und freundliche Anteilnahme am Schicksal der Kranken. Ihre Launen und Fehler müßten jedoch mit unbeugsamer Härte (fermeté inflexible, 1807, S.113) und strenger Gerechtigkeit (justice sévère, 1807, S.119) unterdrückt werden. Verständnisvollen Kranken

solle man allerdings die Gründe für die getroffenen Maßnahmen erklären. Immerfort, unterstrich PINEL, müsse der Arzt mit freundlicher Stimme (*ton de la bienveillance*, 1807, S.113) und Engelszungen (*voies de la douceur*, 1807, S.113) zu den Kranken sprechen.

PHILIPPE PINEL legte vor allem in seinem Werk "Nosographie Philosophique ou la Méthode de l'Analyse appliquée à la Médecine" (1807) großen Nachdruck auf einen gütigen Umgangston zur Vermittlung erzieherischer Maßnahmen, die den Geisteskranken auf den Weg der Vernunft zurückführen sollten. Dialoge mit Patienten nahmen in seinen Veröffentlichungen nur einen geringen Raum ein. Sie dienten ihm nicht als Ausgangspunkt allgemeiner Erörterungen, sondern trugen eher das Gepräge von Anekdoten.

Erst seine Nachfolger, insbesondere sein brillanter Schüler JEAN-ETIENNE DOMINIQUE ESQUIROL (1772-1840) schenkten dem ärztlichen Gespräch besondere Beachtung.

Esquirol, der die Vorherrschaft der französischen psychiatrischen Schule begründete, meinte in seinem, wegen detaillierter Krankenbeobachtungen und Statistiken hoch geschätzten Lehrbuch: "Des maladies mentales considérée sous le rapport médical, hygiénique et médico-legal":

"Man muß psychische Erschütterungen erregen, die die Wolken, von denen die Intelligenz dieser Kranken bedeckt ist, zerstreuen...Man erreicht diesen Zweck, indem man sie in Widerspruch mit sich selbst setzt".

"Manchmal", fuhr ESQUIROL auf modern anmutende Weise fort, "muß man selbst in ihre Ideen miteingehen, sie lieb haben und ihnen schmeicheln" (Übersetzung von ACKERKNECHT 1968, S.168).

Sein großes Einfühlungsvermögen in die Welt seiner geisteskranken Patienten, mit denen er sogar sein Privatleben teilte, zeigte sich auch an anderer Stelle:

"Es genügt nicht nur, dem Kranken zu sagen: Mut, es wird schon gehen ! Die Stimme des Herzens muß diese tröstenden Worte sprechen, damit sie in die Seele und in das Herz des Leidenden eindringen" (Übersetzung von ACKERKNECHT 1968, S.129).

ESQUIROL und mit ihm die klassischen französischen Psychiater betonten die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs für den Aufbau einer Atmosphäre des Vertrauens zwischen dem behandelnden Arzt und dem psychisch kranken Patienten. Denn, so erklärte ESQUIROL, "ohne Zutrauen ist keine Heilung möglich." (Übersetzung von ACKERKNECHT 1968, S.122).

Dieselbe Anschauung vertrat 1822 JEAN-PIERRE FALRET (1794-1870), ein Schüler ESQUIROLS, der 1854 die "Folie Circulaire" beschreiben sollte:

"Es ist ratsam, sich gleich vom Anfange das Vertrauen des Kranken zu erwerben, um einen größeren Einfluß auf ihren Geist zu haben, dies ist eine unerläßliche Bedingung. Demzufolge nehme Anteil an ihrem Schmerze ,schicke sich in ihre Handlungen und höre aufmerksam und gespannt die langen Erzählungen ihrer Übel an" (1822, S.149)

Die das psychiatrische Denken des frühen 19.Jahrhunderts dominierenden französischen Kliniker schränkten den therapeutischen Wert des Ärztlichen Gesprächs ein, da es, ihrer Überzeugung nach, nur gemeinsam mit physischen Behandlungsmethoden zum Heilerfolg führen könne, als alleiniges Mittel eingesetzt, sei es wirkungslos.

In diesem Sinne erklärte ESQUIROL:

"Man muß stets mit Wahrheit und Aufrichtigkeit zu diesen Kranken reden und nur die Sprache der Vernunft und des Wohlwollens anwenden. Aber der, der durch Vernunftschlüsse und Urteile diese Kranken heilen will, versteht wenig von der Therapie der Seelenheilkunde" (Übersetzung von ACKERKNECHT 1968, S.127).

Der französischen Tradition folgte auch JOSEPH GUISLAIN (1797-1860), der als "belgischer PINEL" in die Geschichte der Psychiatrie einging (ROBACK 1970).

GUISLAIN, Professor für Philosophie und Geisteskrankheiten in Gent, pflichtete ESQUIROL in seinem Werk "Traité sur les Phrénopathies" 1833 mit folgenden Worten bei:

"Herr ESQUIROL hatte schon die Nutzlosigkeit der Mittel der Logik aufgezeigt, als er sagte, daß die Behauptung, die Geisteskranken durch Syllogismen zu heilen, durch die tägliche Erfahrung widerlegt wird." (M.ESQUIROL avait déjà démontré l'inutilité des moyens logiques, lors qu'il a dit que cette prétention de vouloir guérir les aliénés par des syllogismes est démentie par l'expérience journalière ; 1833, S.373)

Wie bereits ESQUIROL wandte GUISLAIN das ärztliche Gespräch als Beruhigungsmittel (calmant moral, 1833, S.380) an:

"Ertragen Sie das Geschwätz dieser Kranken, befriedigen Sie ihre Ansprüche und kleine Wünsche und Sie werden ihr Vertrauen gewinnen. "

(Souffrez le babil de ces malades, satisfaites à leurs exigences, à leurs petites volontés, vous aurez leur confiance).

"Man beleidige nicht", fügte er hinzu, "die Neigungen, Meinungen und Gewohnheiten des Geisteskranken, aber man nähre auch nicht seine geistigen Quersprünge. "

(Ne pas heurter les penchants, les opinions, les habitudes de l'aliéné, mais pas le nourrir dans ses travers d'esprit" 1833, S.383).

Aus diesem Grund vermied es GUISLAIN, im Gegensatz zu ESQUIROL, in die Wahnideen von Geisteskranken miteinzusteigen:

"Was nützt es den Geisteskranken zu beweisen, daß ihre Vorstellungen falsch seien, die einen, in ihre Offenbarungen versenkt, werden Ihren Worten keine Aufmerksamkeit

schenken, die anderen, die reizbarer sind, werden Ihnen zürnen, weil sie glauben, daß Sie sich ihren Absichten widersetzen und alle werden unter dem Kampf, dem Sie sie aussetzen, leiden."

(" Vous aurez beau démontré aux aliénés que leurs conceptions sont erronées: les uns absorbés dans leurs révélations ne prêteront pas attention à vos paroles, les autres, plus irritables, vous en voulant, croyant que vous vous opposez à leurs desseins, et tous souffriront de la contention de laquelle vous les soumettez". 1833, S.376)

In denselben Bahnen bewegten sich die Vorstellungen der, in Großbritannien wirkenden Psychiater.

Im Jahre 1818 empfahl JOHANN CASPAR SPURZHEIM (1772-1832) in "Den Beobachtungen über den Wahnsinn und die damit verwandten Gemütskrankheiten":

"Es sollte alles Raisonement sorgfältig vermieden werden. Je weniger man im ganzen, selbst von den eigensinnigsten Einbildungen der Wahnsinnigen Notiz nimmt, je weniger fest werden sie halten. Hiervon bin ich so sehr überzeugt, daß es mir nie einfällt, sie von ihren Ideen abzubringen, bis sie von selbst anfangen über ihre Leichtgläubigkeit sich zu wundern." (1818, S.277)

Auch PAUL SLADE KNIGHT lenkte seelisch Kranke von Wahnvorstellungen ab und versuchte in Gesprächen, die gesunden Anteile der geisteskranken Person zu stärken.

"Ich halte es für sehr nachteilig, mit dem Irren über seine krankhaften Ideen zu sprechen, um ihn von der Falschheit seiner Sinnesvorspiegelung zu überzeugen. Es wird viel klüger und der Wiederherstellung des Kranken weit zuträglicher sein, die Richtigkeit dieser falschen Ideen und Vorstellungen zuzugeben, sie unbezweifelt und gänzlich unbeobachtet zu lassen, die Aufmerksamkeit auf einen durchaus gleichgültigen Gegenstand zu lenken, und diesselbe soviel

als möglich auf das zu fixieren, was mit seiner Sinnes-
täuschung in keiner Beziehung steht." (1829, S.56/57)

JOHN CONOLLY (1794-1866) schließlich, der sich gemäß sei-
ner Maxime des "Non Restraint" für eine Humanisierung der
Behandlung Geisteskranker in England einsetzte, erklärte:
"Raisonnement ruft frische Aufregung hervor, Widerspruch
gewöhnlich Erbitterung." (1860, S.115)

Ein wesentlich differenzierteres Bild der Gesprächssi-
tuation zwischen Arzt und psychisch Kranken entwarf
BENJAMIN RUSH (1745-1813), der Pionier der amerikanischen
Psychiatrie.

Er erklärte in seinem Buch "Medical Inquiries And Obser-
vations Upon Diseases Of The Mind", das 1825 von GEORG
KÖNIG ins Deutsche übertragen worden war:

"Der Arzt muß große Sorgfalt darauf verwenden, daß er sein
Gespräch den verschiedenen und wechselnden Seelenzuständen
seines Kranken in seiner Krankheit anpaßt." (1825, S.170)
"In höchsten Graden der Krankheit erträgt der Kranke keinen
Widerspruch und wir müssen deshalb soviel als möglich unse-
re Mittel nach seinen irrigen Meinungen über die Natur sei-
ner Krankheit einrichten...In gelinderen Graden des Irr-
thums in Bezug auf den Gegenstand seiner Krankheit kann man
widersprechen und vernünftig dagegenreden." (1825, S.81)

Darüberhinaus müsse sich der Arzt während eines Gesprächs
verschiedener Modulationen seiner Stimme bedienen, mit dem
Ziel dem Geisteskranken Respekt einzuflößen:

"Um Irre zu beherrschen, muß sie (die Stimme) nach Um-
ständen hart, sanft oder klagend sein. Ich habe mit großem
Vergnügen, die wohltätigsten Wirkungen von ihr in allen
diesen Abänderungen gesehen." (1825, S.143)

"Nie sollte er (der Arzt) sich bis zum Leichtsinn vergessen", forderte RUSH weiter "er muß ihre rohen und witzigen Antworten auf seine Fragen mit Stillschweigen anhören und sie über keine Äußerungen auslachen oder mit ihnen lachen." (1825, S.144)

Ein großes Verdienst von RUSH liegt darin, daß er ärztlichen Gesprächen eine potentielle Heilkraft bei psychischen Erkrankungen zuschrieb:

"Es gibt wenig Menschen, die so verrückt sind, daß sie nicht eine halbe Stunde lang, oder länger, Zeichen von richtigem Denken geben sollten, wenn man mit ihnen über einen Gegenstand , welcher mit ihrem Irresein keine Gemeinschaft hat, ein Gespräch anknüpft. Eine plötzliche Empfindung von Abscheulichkeit, Torheit oder Grausamkeit, durch ein Gespräch veranlasst, hat bisweilen das Irresein geheilt. In den Registern der Heilkunde findet man ... mehrere Fälle, wo durch anhaltende und wohlgeleitete Gespräche, die Vernunft vorübergehend oder bisweilen dauernd zurückkehrte." (1825, S.168)

Es ist erstaunlich, daß BENJAMIN RUSH trotzdem als therapeutisches Rüstzeug neben der damals üblichen Trias von Aderlaß, Abführ- und Brechmitteln den Drehstuhl als "tranquilizer" einsetzte.

Noch größer war jedoch die Diskrepanz zwischen idealistischen Theorien und praktischer Behandlung der Geisteskranken in Deutschland.

- Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als
psychiatrische Behandlungsmethode während der
Deutschen Romantik

In Deutschland spaltete zu Beginn des 19. Jahrhunderts der grundlegende Streit über das Verhältnis der seelischen zu den körperlichen Ursachen der Geisteskrankheit die deutschen Psychiater in zwei gegeneinander polemisierende Gruppierungen. Die Vertreter der einen Richtung, die sogenannten Psychiker griffen in ihren Veröffentlichungen moralisierende und metaphysische Elemente der romantischen Ära Deutschlands auf. In ihren Augen entsprachen Geisteskrankheiten Erkrankungen der körperlichen Seele, deren Hauptquelle in der persönlichen sittlichen Verschuldung des Kranken zu suchen sei.

Der Protagonist dieser ethisch-religiösen Geisteshaltung war JOHANN CHRISTIAN HEINROTH (1773-1843). Sein "Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens" von 1818 stand der Theologie wohl näher als der Psychiatrie. Neben Reflektionen über das Wesen Gottes wurde es von dem Gedanken getragen, daß das Böse im Menschen, bewußt begangene Sünden, die Unfreiheit der Seele bedinge und diese Seelenstörungen erzeuge. Nahezu missionarischen Eifer entfaltete HEINROTH bei seiner Darstellung der Therapie seelischer Krankheiten. Zentrales Thema stellte dabei die Läuterung des Geisteskranken, seine Umerziehung zu einer sittlich gefestigten Persönlichkeit dar, die mit Hilfe heiliger Gebräuche, mechanischer Beschränkungsmaßnahmen oder physikalischer und diätetischer Mittel herbeigeführt werden sollte.

Vergeblich sucht man in HEINROTHS Ausführungen nach Hinweisen auf Gespräche zwischen dem Arzt und dem psychisch Kranken.

Solchen Bemühungen ist auch bei den anthropologisch-spekulativen Betrachtungen von CARL WILHELM IDELER (1795-1860):

"Der Wahnsinn in seiner psychologischen und sozialen Bedeutung erläutert durch Krankengeschichten" (1848) und von ALEXANDER HAINDORF (1782-1862): "Versuch einer Pathologie und Therapie von Geistes -und Gemütskrankheiten" (1811) kein Erfolg beschieden.

Lediglich JOHANN CHRISTIAN REIL (1759-1813), der sicher bekannteste Psychiater der Deutschen Romantik, wies dem ärztlichen Gespräch einen Platz in seiner dreiklassigen "Ordnung psychischer Mittel" (1803, S.215) zu.

In den "Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen" von 1803 bildeten die dritte Klasse psychischer Mittel:

"Zeichen und Symbole und besonders Sprache und Schrift, die bloß dadurch wirken, daß sie die Vehikel sind, durch welche unsere Vorstellungen, Phantasien, Begriffe und Urteile als äußere Potenzen auf den Kranken übertragen werden. Durch sie nötigen wir sein Gehirn zu Oscillationen, die denen analog sind, durch welche die mitgeteilten Vorstellungen entstanden und von welchen wir voraussetzen, daß sie der Norm gemäß sind... Durch sie suchen wir den Vorrat der Ideen des Kranken zu vermehren, die vorhandenen zu berichtigen und dies auf eine Art, wie es dem Zwecke der Correction seines Seelenvermögens angemessen ist" (1803, S.213)

"Diese psychischen Mittel ", fuhr REIL fort, " sind besonders dazu geeignet, den moralischen Sinn des Kranken zu wecken, besondere Zustände der Seele, ihre Aufmerksamkeit und Besonnenheit zu kultivieren, eigentümlichen Verirrungen, den schädlichen Meinungen und Trieben des Kranken zu beugen" (1803, S.213).

JOHANN CHRISTIAN REIL wurde zum Befürworter des ärztlichen Gespräches als "psychische Curmethode". Seiner Ansicht nach ließe sich der Geisteskranke dadurch im Sinne der Moralphilosophie des Therapeuten formen und von seinen Wahnideen befreien. Zudem nahm das ärztliche Gespräch für REIL eine,

physikalischen und medikamentösen Maßnahmen adäquate Stellung bei der Heilung von "Geisteszerrüttungen" ein. Diese Überzeugung kam vor allem bei seiner Definition "Psychischer Curmethoden" zum Ausdruck:

"Psychische Curmethoden sind also methodische Anwendungen solcher Mittel auf den Menschen, welche zunächst auf die Seele desselben und auf diese in der Ansicht wirken, damit dadurch die Heilung seiner Krankheit zu Stande kommen möge. Es ist daher in Rücksicht ihres Begriffes gleichgültig, ob sie eine Krankheit der Seele oder des Körpers heilen; ob das erregte Spiel der Seelenkräfte zum Behuf der Heilung durch mitgeteilte Vorstellungen und Begriffe, oder durch körperliche Mittel, z.B. durch Ruthen ... und Kanonendonner erregt worden ist" (1803, S.27)

JOHANN CHRISTIAN REIL war ferner einer der ersten Psychiater, der konkrete Anweisungen gab, wie ein ärztliches Gespräch mit dem Geisteskranken zu führen sei:

"Der psychiatrische Arzt vermeide alles üppige Wortgepränge, trage seine Ideen und Gründe so einleuchtend vor, daß der gemeinste Menschenverstand sie fassen kann. Spricht er zuviel, so hat dies den Nachteil, daß er dem Kranken als Schwätzer erscheint, der kein Zutrauen findet, und der Kranke kann aus Ohnmacht den Schwall nicht fassen und verliert das Wichtige über dem Unwichtigen, weil ihm die Ruhepunkte nicht verstattet werden, die sein schwaches Gehirn nötig hat. Der Arzt lasse es gut sein, wenn der Kranke durch einen tiefen Seufzer seinen Gründen Beifall gegeben und dadurch angezeigt hat, daß er für diesselben nicht ganz taub sey" (1803, S.214).

THEODOR KICHHOFF verehrte REIL als den "bewußten Entdecker und Begründer rationeller Psychotherapie" (1921, S.37). Dieser Würdigung schlossen sich auch psychoanalytisch orientierte Historiker wie E. HARMS, G. ZILBOORG und F.G. ALEXANDER an.

Allerdings sollte man dabei bedenken, daß REIL, der auch wegen anatomischer und physiologischer Arbeiten Berühmtheit erlangte, eine fundierte Basis klinisch - psychiatrischer Erfahrung fehlte.

EMIL KRAEPELIN hob diesen Mangel in seiner Abhandlung "Hundert Jahre Psychiatrie - Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesinnung" von 1918 auf folgende Weise hervor: "Während die in weit günstigeren Verhältnissen arbeitenden französischen Irrenärzte damals schon einen reichen Schatz von wertvollen Beobachtungen niederlegen konnten, ist es kennzeichnend, daß wir das berühmteste und anregendste Werk der älteren deutschen Psychiatrie REILS, "Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen", einem Mann verdanken, der nach seiner eigenen Angabe auch 8 Jahre später noch wenig oder keine Erfahrung in der psychischen Heilkunde hatte und diese Unzulänglichkeit auf das Deutlichste erkennen läßt" (1918, S.20-21)

REILS Unzulänglichkeit tritt bei der Lektüre seiner zwei weiteren Klassen "psychischer Curmethoden" offen zutage. REIL zählte zur ersten Klasse der "psychischen Curmethoden jene Mittel , "durch welche der Zustand des Körpers auf eine so bestimmte Art verändert wird, daß seine Vorstellung vermittels des Gemeingefühls im Seelenorgan die Seele auf eine angenehme oder unangenehme Art afficiert"(1803, S. 194).

Diesen Zweck erfüllten in seinen Augen beispielweise laue Bäder, Beischlaf oder Wärme, aber auch brennendes Siegellack, glühendes Eisen, das Peitschen mit Brennesseln, Ameisen, Wanzen, das Lecken der mit Salz bestrichenen Fußsohlen durch Ziegen, das Eintauchen des Kranken in einen Kübel voller Aale oder das Einimpfen von Krätze oder Pocken.

"Diese und andere Körperreize", erklärte REIL, "passen vorzüglich zum Anfang der Cur und für die erste Periode der Krankheit. Durch sie wird der Irrende unterjocht und zum unbedingtem Gehorsam genötigt" (1803, S.194).

Die zweite Klasse seiner "psychischen Curmethoden" sah Reize vor, die auf die äußeren Sinne, namentlich Augen, Ohren und den Tastsinn wirken sollten:

"Man bringt den Kranken in ein stockfinsternes und totstilles Gewölbe, das mit den seltsamsten festen, beweglichen, toten und lebendigen Gegenständen angefüllt ist. Der Art wären, wenn grausende Eindrücke erforderlich wären, Windschläuche, Wassergüsse, Eissäulen, Pelzmänner, Marmorstatuen, Totenhände, die unvermerkt den Bart streichen" (1803, S.194).

Solch spekulative Anschauungen und Methoden wurden von mehr anatomisch - pathologisch orientierten Psychiatern, den Somatikern, auch Physiker oder Organiker genannt, sicher zu Recht bekämpft.

- Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als
psychiatrische Behandlungsmethode im Zeitalter
der aufstrebenden Naturwissenschaften

Zu den bedeutendsten Vertreter der deutschen Somatiker zählten MAXIMILIAN JAKOBI (1775-1858), CHRISTIAN FRIEDRICH NASSE (1778-1851) und JOHANN BAPTIST FRIEDREICH (1796-1858).

Ihre Bestrebungen hatten zum Ziel, die organische, im Gegensatz zur seelischen Ätiologie krankhafter Seelenzustände empirisch zu begründen. Die leidenschaftliche oft dogmatisch geführte Auseinandersetzung mit der moralisierenden und theologisierenden Lehre der Psychiker, lenkte sie jedoch von klinischer Krankenbeobachtung und der Ausarbeitung neuer Therapievorschläge für Geisteskranke weitgehend ab.

So ist vom ärztlichen Gespräch in ihren Werken nur beiläufig die Rede, wie folgender Auszug aus NASSES "vermischten Schriften psychologischen und physiologischen Inhalts" von 1850 zeigt:

"Man vermeide mit dem Genesenden über sein dagewesenes Krankseyn und was in demselben mit ihm vorgegangen zu sprechen. Man halte auch Anderes ab, was in ihm die Erinnerung an jene Zeit zu erregen geeignet ist, aus denen so leicht die eben gestillten Aufregungen der Gefühle oder die aus dem Bewußtsein gewichenen Vorstellungsreihen wieder hervorgerufen werden könnten" (1850, S.64)

Dennoch wurden ihre Konzepte zum Ausgangspunkt für die Entwicklung einer auf naturwissenschaftlicher Forschung begründeten Psychiatrie, die ihren Aufschwung letztlich erst durch das Werk WILHELM GRIESINGERS (1817-1868) erfuhr.

Sein Lehrbuch "Pathologie und Therapie psychischer Geisteskrankheiten" von 1845 (2.Aufl. 1861), in dem er die berühmte These- Geisteskrankheiten sind Gehirnerkrankheiten - aufstellte, machte GRIESINGER über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt.

WILHELM GRIESINGER lehnte darin begleitende Intentionen ärztlicher Gespräche, die sich mit pathologischen Vorstellungen des Geisteskranken beschäftigten entschieden ab: "Die kranke Gemüthsverstimmung kann eben als eine kranke, nicht dem Zuspruch, der Aufmunterung, noch weniger moralisierenden Vorstellungen, überhaupt nicht dem Verfahren weichen, welches sonst den einfachen Launen des Gesunden entgegengesetzt wird. Ebenso vergeblich, ja noch schädlicher als gegen die krankhaften Affekte, die banale Aufforderung, sich zu überwinden, ist der Versuch, die Wahnvorstellungen des Kranken direct durch logisches Raisonement zu bekämpfen. Jede directe, am meisten vollends jede leidenschaftliche Discussion bestärkt gewöhnlich den Wahn, indem sie den Kranken zur Rechtfertigung desselben, zum Aufsuchen von Gründen für ihn auffordert, und irritiert und verbittert, umso mehr, je dringlicher und schärfer die Dialektik des Opponenten auftritt, je mehr noch durch zugemischtem Spott solche "Vernunftgründe" dem Kranken wehe thun. Nicht einmal durch Beweismittel mittels Augenschein lassen sich die kranken Vorstellungen bezwingen" (1861, S.496/497).

"Fast noch verwerflicher als eine so directe Bekämpfung ", meinte GRIESINGER weiter, " erweist sich das sogenannte Eingehen auf den Wahn des Kranken, die Zustimmung zu demselben, geschehe sie in der Absicht momentaner Beruhigung oder etwa, um auf dem Zugegebenen neue dialektische Hebel anzusetzen. Durch solche Bestätigungen wird der Kranke in seinem Wahn befestigt, er beruft sich später auf ein solches Zeugnis und man sieht oft, namentlich in tiefen melancholischen Zuständen, von solchen in den besten Absichten eingeschlagenen Verfahren die allertraurigsten Folgen, in-

dem sich rasch und bleibend Wahnvorstellungen fixieren, denen bisher der Kranke wenigstens innerlich noch entgegentrat" (1861, S.498)

Anstelle des "logischen Discutierens" und "bestätigenden Eingehens auf die fixen Ideen" empfahl GRIESINGER "einfachen Widerspruch" oder "eine schonende Verweisung an die Zukunft, wo sich der Kranke über solche Irrthümer wundern werde" , beziehungsweise "eine Erinnerung an die Vergangenheit, wo er doch solches niemals für möglich gehalten hatte" (1861, S.498).

Grundsätzlich solle man jedoch den Wahn "möglichst unberührt lassen" und "seine Schwächung dadurch hauptsächlich herbeiführen, dass er in keiner Weise Nahrung erhält" (1861, S.198).

Im Gegensatz dazu, stellten für GRIESINGER ärztliche Gespräche, welche "mit genauer Berücksichtigung des individuellen Geschmacks nur Gesundes, Vernünftiges zum Gegenstand haben... wo allem, was auf den Wahn des Kranken führen kann, ausgewichen und er möglichst anhaltend in der Richtung des gesunden Gesprächsgegenstand gehalten wird" (1861, S.499) eine Hauptgrundlage aktiver psychischer Behandlung dar, die er in erster Linie bei chronischen Zuständen angezeigt hielt.

Auf diese Art und Weise sollten , die der kranken "Individualität im gesunden Leben angehörigen Vorstellungen und Empfindungskreise forciert" werden, um "das Gesunde im Kranken", das " alte Ich" zu stärken und kräftigen. (1861, S.499).

Niemals dürfe sich der Arzt anmaßen, die Persönlichkeit des Geisteskranken nach seinen ethischen Begriffen, im Sinne des "traitement moral" umzuerziehen. Oberstes Ziel jeder Therapie müsse hingegen die Wiederherstellung des "alten, früheren gesunden Ich" (1861, S.495) des Kranken sein. Dabei hatten psychische und somatische Verfahrensweisen denselben Stellenwert:

"Zunächst auch von der Tatsache des empirisch konstatierten Erfolges ist auszugehen, indem für die psychische und somatische Heilmethode eine absolut gleiche Berechtigung in Anspruch genommen wird" (1861, S.471).

Denn nur die Gleichberechtigung beider Methoden könne eine "wahrhaft persönliche, die leibliche und geistige Natur des Menschen zugleich fassende Behandlung" (1861, S. 471) garantieren.

Besonders in dieser Aussage offenbart sich die Größe WILHELM GRIESINGERS, der, obwohl er die Psychiatrie auf eine naturwissenschaftliche Basis stellte, den Blick für die Ganzheitsaspekte der geisteskranken Persönlichkeit bewahrte.

Dasselbe gilt für den bedeutenden englischen Psychiater HENRY MAUDSLEY (1835-1918), der seine naturwissenschaftlich ausgerichtete Denkweise ebenfalls nicht verabsolutierte. Dementsprechend war er der Ansicht, daß psychische und physische Mittel der Behandlung des einzelnen Kranken angepaßt werden müßten:

"Die Behandlung zerfällt in eine moralische und eine medizinische - beide Methoden müssen miteinander kombiniert werden" (1870, S.463).

Wie GRIESINGER vermied es MAUDSLEY mit den Geisteskranken über dessen Wahninhalte zu sprechen, um ihn nicht in seinem Wahn zu unterstützen. Er bemühte sich vielmehr, die Aufmerksamkeit des Patienten auf, dem Wahn nicht verwandte Themen zu lenken:

"Sind bestimmte Wahnideen vorhanden, so ist es nicht gut, diesselben mit systematischen Argumenten zu bekämpfen, mit ebenso viel Hoffnung könnten wir gegen den Westwind oder gegen Convulsionen mit Argumenten zu Feld ziehen; versuchen wir hingegen den Geist so viel wie möglich mit anderen Gedanken zu beschäftigen, und so gesunde Kraft für die krankhafte zu substituieren, so werden die Wahnvorstellun-

gen allmählich schwächer werden und endlich vollständig erlöschen" (1870, S.468).

Der Patient müsse sich, glaubte MAUDSLEY, immer von seinem Psychiater verstanden fühlen, um ihm vertrauen zu können, was wiederum seiner Heilung zugute käme. Deswegen dürfe der Psychiater keinesfalls die pathologische, dem Patienten reell erscheinende Gedankenwelt mit Worten negieren. Aus demselben Grunde sei es ein grober Fehler, den Patienten zu verspotten. Stattdessen solle der Psychiater den Kranken durch ruhige, in milder Form gehaltene Äußerungen davon überzeugen, daß er: "in einer Minorität von Eins sich befindet, und daß, obgleich auch ein Mensch, der sich in solcher Minorität befindet, ein Genie und der ganzen Mitwelt vorausgeeilt sein kann, es doch ungemein viel wahrscheinlicher ist, daß er ein Narr und weit hinter der Übrigen Menschheit zurück ist" (1870, S.469)

MAUDSLEY und GRIESINGER erwähnten das ärztliche Gespräch zwar als therapeutische Möglichkeit, im Zusammenhang mit dem allgemein wissenschaftlichen Zeitgeist war ihr Interesse daran jedoch relativ gering.

Gegen Ende des 19.Jahrhunderts widmeten sich die Psychiater der intensiven Erforschung pathologischer und biochemischer Fragen, um Erkenntnisse auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten zu erweitern und zu systematisieren.

Ihren Höhepunkt fand diese naturwissenschaftliche Richtung der Psychiatrie in dem monumentalen Lebenswerk EMIL KRAEPELIN (1856-1926).

KRAEPELIN erarbeitete anhand tausender präziser Krankenbeobachtungen eine Klassifikation der Geisteskrankheiten, die der deutschen Psychiatrie internationale Geltung verschaffte und bis heute das wissenschaftliche Fundament der modernen psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation dar-

stellt. Darüberhinaus wurde KRAEPELIN wegen seiner Erkenntnisse auf dem Gebiet der vergleichenden transkulturellen Psychiatrie, der klinischen Psychopharmakologie und der experimentellen Psychologie wegweisend.

Zum ärztlichen Gespräch allerdings nahm KRAEPELIN nicht Stellung. KRAEPELIN, der 1904 die neu erbaute Psychiatrische Universitätsklinik in München eröffnete, setzte lediglich allgemeine Richtlinien für den Umgang mit Geisteskranken fest. In der 8. Auflage seines Lehrbuchs der Psychiatrie (1915), das schon 1883 in Form eines Kompendiums zum ersten Mal erschienen war, wies er den Psychiater auf die Notwendigkeit hin, den Patienten aufmerksam und geduldig, aber fest zu führen. Dabei müsse der Psychiater Verständnis für den Kranken zeigen und teilnahmsvoll mit ihm verkehren. Wenn nötig, solle der Psychiater dem Kranken Trost spenden und seinen Mut durch "ruhigen, freundlichen und sachgemäßen Zuspruch" heben. (1915, S.1426).

Gespräche mit Patienten trugen für KRAEPELIN nicht therapeutischen, sondern diagnostischen Charakter. KRAEPELIN ging auf Worte und Ausdrucksformen der Patienten nur insofern ein, als sie Antworten auf, von ihm gestellte Fragen, z.B. zur Prüfung bestimmter Gehirnfunktionen darstellten. KRAEPELIN selbst erklärte seine "starke Betonung der körperlichen Seite des Irreseins" als eine "mit Notwendigkeit sich vollziehende Reaction gegen jene, die ersten Decennien unseres Jahrhunderts beherrschenden Lehren, welche unter spiritualistischem Gesichtspunkt ausschließlich den psychischen Erscheinungsformen der Geistesstörungen ihre Aufmerksamkeit schenken zu müssen glaubten" (1887, S.12).

Die Skepsis gegenüber der Unwissenschaftlichkeit (1887, S.124) hinderte KRAEPELIN daran, mit den damaligen psychologischen Methoden experimentell nicht zu verifizierende, weil subjektive Verfahrensweisen, wie das therapeutische Einwirken auf die Psyche des Kranken in Form ärztli-

cher Gespräche, anzuwenden. KRAEPELIN interessierte sich zwar für psychologische Zusammenhänge, doch stand die Psychologie, ebenso wie das Studium des Gesamtverlaufes einer Geisteserkrankung für ihn im Dienste der Nosologie. In diesem Sinne nahm KRAEPELIN in seinem Vortrag "Die Richtungen der psychiatrischen Forschung", den er anlässlich der Übernahme des Lehramts an der Kaiserlichen Universität Dorpat im Jahre 1866 hielt, Stellung:

"Einer der wichtigsten Gründe, warum bisher die Untersuchungen der psychopathischen Symptome so wenig aussichtsreich und befriedigend erschienen, lag vielleicht in dem Umstande, daß es uns gerade diesen Erscheinungen gegenüber an jenem Hülfsmittel fehlte, welches uns zu einer feineren und tiefer dringenden Analyse des Beobachteten hätte führen können. Der Irrenarzt steht seinem Kranken, was die Feststellung seines psychischen Zustandes betrifft, mit keinem anderen Rüstzeug gegenüber, als demjenigen, welches ihm die Routine der täglichen praktischen Erfahrung an die Hand gibt... Wenn es überhaupt möglich ist, in diesem Punkte einen Fortschritt der psychopathologischen Diagnostik herbeizuführen und solche Störungen unseren Erkenntnissen zugänglich zu machen, welche der praktischen Menschenkenntnis des täglichen Lebens verborgen bleiben, so sind es die Untersuchungsmethoden der experimentellen Psychologie, welche berufen erscheinen die hier vorhandene Lücke wenigstens theilweise ausfüllen zu helfen" (1887, S.14).

Die vor allem in deutschsprachigen Ländern vorherrschende Autorität KRAEPELINS sowie der mit beachtlichen wissenschaftlichen Fortschritten verknüpfte Glaube, aus der pathologischen Anatomie des Gehirns, seelische Erkrankungen ableiten zu können, trugen dazu bei, daß das Thema des therapeutischen ärztlichen Gespräches in den Lehrbüchern der Psychiatrie in den Hintergrund trat.

Diese Entwicklung läßt sich auch an den Werken so namhafter Psychiater wie THEODOR MEYNERT (1833-1893) und RICHARD v. KRAFFT-EBING (1840-1902) ablesen. Unter dem Titel "Psychische Behandlung" beschränken sie sich darauf, dem Arzt Takt, Geduld, Sanftmut und Menschlichkeit nahezu legen.

Auf den kommunikativen Aspekt der " psychischen Behandlung " sollten sich fortan Nichtpsychiater konzentrieren.

Der Neuropathologe PAUL CHARLES DUBOIS, der um die Jahrhundertwende in Bern wirkte, proklamierte in seinem Buch "Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung" (1910) die therapeutische Methode der Persuasion, der sittlichen Überredung.

Sein Ausgangspunkt war der Glaube, daß jeder Mensch genügend Verstand besitze, um mit Hilfe therapeutischer ärztlicher Gespräche seine "geistigen Fehler" (1910, S.262) korrigieren zu können.

Im einzelnen betonte DUBOIS:

"Unsere Aufgabe ist es, die Kranken aufzurichten, ihnen das Selbstvertrauen wiederzugeben, ihre hypochondrischen Befürchtungen und ihre Autosuggestionen zu zerstreuen" und "bei dem Kranken die logische Reflection anzuregen" (1910, S.480).

Diesem Zweck diene die dialogische Auseinandersetzung mit dem Patienten, die "rationelle ethisch wirksame Psychotherapie" (1910, S.478), denn:

"als einzige Waffe bei psychopathischen Zuständen steht dem Arzte seine bündige, klare und wohlwollende Dialektik zu Gebote" (1910, S.480).

DUBOIS "rationale Therapie", die die von PINEL und ESQUIROL begründete Tradition moralischer , auf Umerziehung des Patienten gerichteter Behandlung fortsetzte, stieß in den Reihen der Psychiater auf erheblichen Widerstand.

Seine Kritiker, insbesondere JOSEPH DÉJÉRINE (1849-1917), Professor der Psychiatrie an der Salpêtrière in Paris, warfen ihm vor, er verdanke seine Erfolge nicht gezielter Gesprächsführung, sondern einer Suggestivbehandlung, dem Nimbus also, der ihn umgebe.

Nichtsdestotrotz hatte DUBOIS die Blicke der Psychiater auf die Bedeutung der Psychobiographie gelenkt, die in den Arbeiten seines Zeitgenossen SIGMUND FREUD (1936) eine fundamentale Rolle spielen sollte.

FREUDS Lebenswerk, die Psychoanalyse, trat in krassen Gegensatz zur klinischen, am KRAEPELIN'schen System orientierten Psychiatrie.

Ihre Grundsätze, die auf akademischen Boden versuchten, das Wesen des Menschen in psychologische Begriffe zu fassen, weckten zunächst das Interesse der Repräsentanten der liberalen Schule der Psychiatrie.

Als das 19. Jahrhundert sich seinem Ende zuneigte war diese in der Schweiz, und dort, in der Züricher Anstalt Burghölzli beheimatet.

- Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als psychiatrische Behandlungsmethode im Rahmen des wiedererwachenden Interesses der Psychiater für die Persönlichkeit des Kranken

Die freiheitliche Atmosphäre der Züricher Anstalt Burghölzli erwies sich als fruchtbarer Boden für die fortschrittliche Gesinnung EUGEN BLEULERS, der von 1898-1927 als Nachfolger AUGUSTE FORELS (1848-1931) die Direktion des Burghölzlis übernahm.

BLEULERS herausragende Leistung bestand in einer Erweiterung der KRAEPELIN'schen Nosologie. Er vertiefte die Kenntnisse über die Krankheitseinheit "dementia praecox", die er für die Folge einer Spaltung des psychischen Funktionsablaufs mit nicht infauster Prognose hielt. Aus diesem Grunde ersetzte er im Jahre 1911 die Bezeichnung "dementia praecox" durch den Namen "Schizophrenie".

BLEULER, der sich außerdem eingehend mit der psychischen Komponente geistiger Erkrankungen auseinandersetzte, war wie FREUD der Ansicht, daß die Lebensgeschichte eines Geisteskranken psychologisch erforscht werden müsse. Denn die "Individualität des Kranken" (1937, S.387) bestimmte in BLEULERS Augen die Therapie des Patienten. BLEULERS Bemühungen galten nicht der Wahl bestimmter Methoden, sondern dem "allgemeinen Verständnis", der "Anpassung an den einzelnen Fall" (1937, S.128).

Aufgrund dieser Überzeugung sah BLEULER wohl keine Veranlassung, auf das ärztliche Gespräch mit dem Geisteskranken in seiner therapeutischen Funktion näher einzugehen. Nur nebenbei erwähnte er in seiner bekannten Abhandlung "Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien" (1911), daß der Arzt dem Kranken nicht widersprechen dürfe, um nicht in Gefahr zu laufen die Krankheit zu verschlimmern.

Ebenso wie für KRAEPELIN, diente BLEULER das ärztliche Gespräch diagnostischen Zielen, das heißt, "der Erkennung des Irreseins" (1937, S.104).

In diesem Zusammenhang gab er in seinem "Lehrbuch der Psychiatrie" (1937) konkrete Ratschläge zur anamnestischen Gesprächsführung :

"Wenn ein Patient nicht spricht, wird man nicht gleich in ihn dringen, Antwort zu geben, sondern man wird ihn körperlich untersuchen, vielleicht gelegentlich, wie zufällig, eine Frage stellen, die leicht beantwortet werden kann: Tut das weh? oder etwas Ähnliches und so den Patienten zum Sprechen bringen" (1937, S.104).

Immer wieder betonte BLEULER die Notwendigkeit, ein tiefes Verständnis für die Persönlichkeit des Kranken aufzubringen. Seine Bestrebungen um Einsicht in die psychodynamischen Zusammenhänge geistiger Erkrankungen ließen ihn mit FREUDS Lehre sympathisieren.

Dank seiner aufgeschlossenen Haltung fand psychoanalytisches Gedankengut Eingang in die Schweizer Psychiatrie. Zahlreiche junge Psychiater setzten sich am Züricher Burghölzli mit psychoanalytischen Ideen auseinander. Unter ihnen befanden sich CARL GUSTAV JUNG (1875-1961) und KARL ABRAHAM (1877-1925), die später selbst bedeutsame Beiträge zur Psychoanalyse und deren Verbreitung beisteuern sollten.

BLEULER hingegen, schloß sich bereits 1910 der nahezu generellen Ablehnung der Psychoanalyse durch führende Kliniker an. Er protestierte damit gegen starke Einseitigkeiten und den zunehmend dogmatischen Charakter der psychoanalytischen Bewegung.

Dennoch wurde das psychiatrische Denken in Europa unmerklich in immer stärkerem Maße durch die Psychoanalyse FREUDS und seiner Anhänger beeinflusst.

Die Psychiater begannen psychodynamische Gesichtspunkte in die Behandlung der Geistes- und Gemütskrankheiten miteinzubeziehen. Sie beschäftigten sich immer mehr mit innerseelischen Phänomenen, um das psychische Erleben des Geisteskranken besser verstehen zu können.

Auf der Basis der Erforschung der einzigartigen Persönlichkeit jedes einzelnen Kranken und der psychischen Ursache seiner seelischen Störung, erfuhr das ärztliche Gespräch eine Renaissance. Der Kranke wurde als leidender Mitmensch angesehen, dessen seelische Not es durch einfühlsame Gespräche zu lindern galt.

Diese Denkrichtung trat im Werk von ERNST KRETSCHMER (1888-1964) deutlich zutage.

KRETSCHMER war der deutsche Psychiater, er lehrte in Marburg (1926-1946) und Tübingen (1946-1959), der sich noch zu KRAEPELINS Lebzeiten bemühte, die verhärteten Fronten zwischen der Psychoanalyse und der Psychiatrie aufzulockern.

Seine Bestrebungen, die scharfer Kritik ausgesetzt waren, wurzelten in dem Glauben an den menschlichen Organismus als eine dynamische körperlich-seelische Ganzheit. Aus diesem Grunde versuchte KRETSCHMER, FREUDS tiefenpsychologische Neurosenlehre in das schulp psychiatrische Klassifikationssystem zu integrieren, ohne den psychoanalytischen Ansatz zu verabsolutieren. Vielmehr bezeichnete KRETSCHMER in seinem Buch "Medizinische Psychologie" (13.Aufl. Thieme, Stuttgart 1971, S.284), als psychoanalytisch "jede Behandlungsmethode, die darauf ausgeht, durch Analyse der psychologischen Zusammenhänge eines Leidens dem Patienten Heilung zu verschaffen. Also nicht nur die spezielle Methodik der psychoanalytischen Schule".

Dementsprechend befürwortete KRETSCHMER eine "multidimensionale Therapie" (1955), die auf eine Harmonisierung des Patienten mit sich selbst und mit seinem Lebenslauf abzielte.

Einen wichtigen Platz räumte KRETSCHMER hierbei dem ärztlichen konfliktlösenden Gespräch ein. Es sollte, seiner Ansicht nach, jede Art psychotherapeutischer Behandlung einfacher wie komplizierter Neurosen einleiten und meist auch zu Ende führen. Zunächst solle sich der Therapeut passiv verhalten und geduldig, möglichst unbeeinflusst und unvoreingenommen, die Klagen der Patienten anhören.

Der Therapeut müsse sich davor hüten, forderte KRETSCHMER, den menschlichen Charakter des Patienten in ein gleichförmiges Einheitsschema zu pressen. Stattdessen müsse er sich an den individuellen Fall anpassen und den Patienten im Dialog behutsam zur Aussprache führen.

Erst wenn der Therapeut die Grundzüge des seelischen Konflikts des Patienten erfaßt habe und einen unumschränkten seelischen Rapport mit dem Patienten gewonnen habe, könne er dazu übergehen, die Leitung des Gespräches zu übernehmen. Auf zurückhaltende, taktvoll einfühlsame Weise solle der Therapeut den Patienten nun von dessen individuellen Voraussetzungen aus, in schlichtem gemeinverständlichem Deutsch, zu den für ihn richtigen Schlußfolgerungen und neuen Lebenszielen hinlenken.

Die Überwindung der inneren Lebensschwierigkeiten des Patienten dürfe sich allerdings nicht an psychoanalytischen Theorien oder überlieferten Weltanschauungen orientieren. Auch dürfe der Arzt den Patienten nicht mittels suggestiver, erzieherischer Gespräche gemäß seinen eigenen philosophischen Prinzipien formen.

Der Patient müsse hingegen gemeinsam mit dem Therapeuten "die Logik seiner eigenen Veranlagung zu Ende denken - mit allen daraus sich ergebenden Lösungs - und Anpassungsmöglichkeiten und individuell geformten Maximen" (1966, S.89).

KRETSCHMER leistete hiermit einen entscheidenden Beitrag zur Integration des ärztlichen Gespräches in eine, allein auf das Wohl des Patienten ausgerichtete, somatische und psychologische Aspekte umfassende psychiatrische Behandlung.

- Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als
psychiatrische Behandlungsmethode in der Psy-
chiatrischen - und Nervenlinik der Ludwig-
Maximilians-Universität München

OSWALD BUMKE (1877-1950), der 1924 als Nachfolger KRAEPELINS den Münchner Lehrstuhl und die Direktion der Münchner Psychiatrischen - und Nervenlinik der Ludwig-Maximilians-Universität übernahm, lehnte wie KRETSCHMER den Versuch, die Seele des Menschen allein auf physiologische Korrelate zu reduzieren als eine "der seltsamsten Gelehrtenmarotten" (1941, S.17) ab.

Ohne gleichzeitig psychoanalytische Grundsätze zu favorisieren, legte BUMKE großen Wert auf eine, durch taktvoll geführte ärztliche Gespräche charakterisierte seelische Krankenbehandlung. Bei der Begegnung mit dem psychisch kranken Patienten fühlte sich BUMKE folgendem Leitspruch verpflichtet:

"Nun aber bleibet Glaube, Hoffnung und Liebe, aber die Liebe ist die größte von ihnen" (1952, S.198).

Der besondere Wert, den BUMKE der Liebe zum geisteskranken Mitmenschen beimaß, wird in seinen Ausführungen zum ärztlichen Gespräch spürbar. So solle der Psychiater dem Patienten darin sein tiefes Verständnis im helfenden Miteinander zuteil werden lassen.

BUMKE warnte seine Kollegen eindringlich davor, während therapeutischer Gespräche mit geisteskranken Patienten in einen ironischen Ton zu verfallen, da sich infolgedessen "der Eindruck der gütigen Anteilnahme" (1928, S.87) verwische. Dies wiederum sei der Genesung des Patienten abträglich. Vielmehr müsse der Psychiater dem psychisch Kranken stets das Gefühl vermitteln, in seiner Eigenart angenommen zu werden und sich aussprechen zu können.

"Darum", meinte BUMKE in seinem Werk "Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie" (Springer, Berlin 1928, S.75) "ist schon die Art nicht gleichgültig, in der der Arzt zuhört und fragt".

"Es ist nicht richtig, daß man viel fragen und in die Kranken gewaltsam eindringen müßte... Man braucht lediglich den Eindruck erwecken, jede Mitteilung mit Verständnis und unbeirrt durch landläufige gesellschaftliche und moralische Vorurteile entgegenzunehmen . Unter diesen Voraussetzungen", erläuterte BUMKE, "werden oft zahlreiche innere und äußere Erlebnisse, die der Kranke bisher auch sich selbst möglichst zu verbergen suchte, nicht bloß mitgeteilt, sondern zugleich in ein anderes Licht gerückt und ihres bedrohlichen Charakters entkleidet" (1928, S.78/79).

Zu den wichtigsten ärztlichen Tugenden, die während eines ärztlichen Gespräches zum Tragen kommen mußten, zählte BUMKE "die menschliche Güte" (1952, S.144), "Geduld, die alles ruhig abwartet" (1928, S.80) und "Zartgefühl, das den Kranken nicht durch bruske Fragen in sein Schneckenhaus zurücktreibt" (1928, S.44).

BUMKE Konzepte zum therapeutischen Gespräch mit geisteskranken Patienten fußten auf seinen persönlichen humanitären Idealen. Für ihn war das ärztliche Gespräch nicht Bestandteil eines ausgeklügelten therapeutischen Systems, sondern eine dem Psychiatersein immanente zentrale Aufgabe.

Nach BUMKES Emeritierung 1947 leitete GEORG STERTZ (1878-1959) die Münchner Psychiatrische- und Nervenklinik. STERTZ befaßte sich hauptsächlich mit neurologischen Fragen und ließ psychotherapeutische Aspekte weitgehend außer Acht.

Erst sein Nachfolger KURT KOLLE (1898-1975) griff BUMKES Gedanken bezüglich des ärztlichen Gespräches wieder auf.

KOLLES Interesse galt insbesondere der psychiatrischen Behandlung. In diesem Zusammenhang widmete er dem ärztlichen Gespräch breiten Raum. So standen in der Veröffentlichung seiner klinischen Vorlesungen Unterhaltungen mit Patienten ganz im Vordergrund.

"Das ärztliche Gespräch", postulierte KOLLE, "sollte den Hauptbestandteil jeder Untersuchung und Behandlung bilden" (1953, S.19).

KOLLE nahm wie KRETSCHMER zu Beginn des Gespräches eine inaktive, abwartende Haltung ein:

"Allgemeine Lehren oder gar moralisch gefärbte Leitsätze nach noch weithin üblichem Muster gänzlich vermeidend und Suggestionen nur spärlich einstreugend, überlassen wir den Patienten vorwiegend sich selbst" (1953, S.89).

Nichtdestotrotz bemühte sich KOLLE dem Patienten einen vertrauenswürdigen Eindruck zu vermitteln, um ihm in einer Atmosphäre warmherziger Menschlichkeit, in der die Zeit keine Rolle spielen sollte, Möglichkeit zu geben, sich über seine Sorgen und Verzweiflungen auszusprechen. Über Erfolg oder Mißerfolg eines therapeutisch wirksamen Gespräches bestimmte nach KOLLES Ansicht das Zustandekommen einer gemeinsamen kommunikativen Ebene.

"Arzt und Patient", erklärte KOLLE, "unterstellen sich gemeinsam der höheren Instanz der Wahrheit und begegnen einander daher in jenem geistigen Raum, indem es kein Ausweichen in Selbsttäuschungen gibt. In diesem Ringen um die Wahrheit sind beide Gesprächspartner gleichwertig. Arzt und Patient sind Gebende und Nehmende zugleich" (1953, S.100).

KOLLE, der mit seinen Patienten durchaus über den letzten Sinn des Daseins philosophierte, lehnte es ab, das Wesen des Patienten im Stil der klassischen Psychoanalyse zu zerpfücken, ohne dem Patienten im Rahmen ärztlicher Gespräche eine Lösung seiner Konflikte aufzuzeigen.

"Wir lösen das Dasein nicht nur in seine es begründenden Kräftegruppen auf, wir verbinden diese auch wieder, wir treiben Daseinssynthese, indem wir dem Patienten behilflich sind, sein ererbtes, angeborenes, sein in der Welt erworbenes Vermögen, einem neuen Daseinsentwurf einzugliedern" (1953, S.99).

KOLLE setze sich während seines Lebens eingehend mit metaphysischen Fragen, zum Beispiel, mit dem für ihn grundsätzlich unlösbaren, nur durch gedankliche Konstruktionen überwindbaren Leib-Seele-Problem auseinander. Er glaubte als Psychiater, der nicht als Philosoph, sondern als Empiriker wirke, nur auf dem Wege der mitmenschlichen Erfahrung, auf dem Wege der sprachlichen Kommunikation mit dem geisteskranken Patienten, Einblicke in die Beziehung zwischen Gehirn und Seele zu erlangen.

Sein metaphysischer Ansatz in der psychiatrischen Behandlung geisteskranker Patienten findet sich in den Theorien existentialistisch ausgerichteter Psychiater in philosophisch ausgearbeiteter Form wieder.

- Der Stellenwert des ärztlichen Gespräches als
psychiatrische Behandlungsmethode - ein Aus-
gangspunkt für moderne Konzepte psychiatrischer
Therapie

Der Schweizer LUDWIG BINSWANGER, ein Schüler EUGEN BLEULERS und europäischer Exponent der existentialistischen Richtung in der Psychiatrie, war davon überzeugt, daß die Seelenheilkunde - die Wissenschaft vom psychisch kranken Menschen, ohne eine tiefe Einsicht in die apriorische Struktur des Menschseins nicht möglich sei.

Aus diesem Grunde unternahm er in zahlreichen Schriften, programmatischen Einzelstudien und Büchern den Versuch, verschiedene Daseinsformen empirisch-phänomenologisch zu analysieren. Er begründete damit die Daseinsanalyse, die er ausdrücklich auf das Werk des deutschen Philosophen MARTIN HEIDEGGER, eines Schülers des Vaters der phänomenologischen Philosophie, EDMUND HUSSERL, zurückführte.

BINSWANGER lehnte es ab, das Wesen des Menschen den Begriffen - und Wertsystemen einseitig psychologischer, psychoanalytischer oder biologischer Theorien zu unterwerfen. Stattdessen wollte er den Menschen aufgrund des rein phänomenologischen Aufweises der Gesamtstruktur oder des Gesamtgefüges des Daseins als "In-Der-Welt-Sein (1955, S.303) verstanden wissen.

Das ärztliche Gespräch spielte für BINSWANGER bei der Begegnung des Therapeuten und des Patienten eine zentrale Rolle. So forderte BINSWANGER vom Psychiater, den sich ihm anvertrauenden Kranken in seinem ureigensten Sein kommunikativ zu verstehen und zu beschreiben:

"Dabei darf sich der Daseinsanalytiker kein Bild und keinen Begriff vom Menschen machen, weder den des homo natura, noch den des homo faber oder des animal rationale u.a." (1955, S.120).

Er dürfe den kranken Patienten nicht als eine bloße Persönlichkeit mit bestimmten Eigenschaften und Verhaltensweisen und einer speziellen Lebensgeschichte betrachten. Vielmehr müsse er der Einzigartigkeit des individuellen Patienten Rechnung tragen, indem er ihm in einer, dem Patienten eigene Sprache zu immer größeren Einsicht in die Eigenart gerade seines Daseins ver helfe und dieses phänomenologisch beschreibe.

"Die Sprache des Daseinsanalytikers", meinte BINSWANGER, "geht unbedingt davon aus, von dem, was die die Kranken in ihren sprachlichen und schriftlichen Äußerungen, ihren Selbstschilderungen, ihren Gedichten usw. sagen oder in ihren Zeichnungen und Gemälden darstellen . Da er mit dem Kranken nicht in einem theoretischen Jargon spricht, sondern die Sprache der natürlichen Erfahrung, steht er in ganz besonderer Nähe zum ganzen Menschen, d.h. in einem besonderen Offensein für ihn" (1955, S.120).

Aus diesem Gefühl des unmittelbaren Verstandenseins seitens des Kranken, erwachse im Rahmen eines ärztlichen Gespräches auf der Ebene der Gemeinsamkeit des Daseins die therapeutische Wirkungsmöglichkeit einer daseinsanalytischen Behandlung. Darüberhinaus entstehe auf diese Art und Weise ein "eigenständiges kommunikatives Novum" (1955, S.121) die Schicksalsgemeinschaft nämlich, die die beiden Daseinspartner vom ersten Augenblick der Begegnung an auf sich genommen hätten. In dieser Schicksalsgemeinschaft agiere der Psychiater als "aktiver Mitspieler auf der Bühne der Welt des Geisteskranken" , indem er sich "ihrer Sprache und Symbolik" bediene, um sie "unter Aufbietung größter Geduld, großen Mutes und großen Zeitaufwandes" unter Einsatz seiner

eigenen Existenz" allmählich in die Sprache und die Welt natürlicher Erfahrung zurückzuführen" (1957, S.35).

BINSWANGERS existentialistische Phänomenologie fand bei europäischen Psychiatern nur geringe Resonanz. Die Ursachen hierfür mögen wohl in seiner philosophischen Denk - und Schreibweise, aber auch in seiner Betonung subjektiver Erfahrungen und Emotionen während einer daseinsanalytischen Behandlung liegen, die ihn wohl daran hinderte, ein systematisches, allgemeingültiges und daher vielseitig verwendbares Therapieschema zu entwickeln.

Dennoch, meine ich, hat LUDWIG BINSWANGER das psychiatrische Denken insofern bereichert, als für ihn das ärztliche Gespräch eine unerläßliche Bedingung und nicht eine unbeachtete Selbstverständlichkeit darstellte, um auf der Bühne der inneren Erfahrungswelt des Geisteskranken therapeutisch wirksam zu werden.

Das Bühnenmodell als Sinnbild für das kommunikative begreifende Eingehen des Psychiaters auf das seelische Erleben des psychisch Kranken ist auch in dem Werk GAETANO BENEDETTIS von fundamentaler Bedeutung.

BENEDETTIS Anthropologie gründet in dem Ansatz, daß ein ausschließlich naturwissenschaftliches Bild des Menschen dem Wesen der schwer psychotischen Persönlichkeit nicht gerecht wird.

Das biologische Erfassen psychopathologischer Phänomene sollte, nach BENEDETTIS Ansicht, durch die Verstehensdimensionen der Psychoanalyse und der Daseinsanalyse zu einer dynamischen, konstanten Einheit ergänzt werden.

Dementsprechend seien moderne neuroleptische Therapien, die störende Verhaltensweisen des Patienten beseitigten und seine soziale Anpassung steigerten letztlich nur sinnvoll, wenn sie auf der Grundlage einer tragenden Vertrauensbasis eingesetzt werden.

Das Vertrauen des Patienten erwachse aus der Bereitschaft des Arztes, die verschüttete menschliche Existenzseite des psychotischen Patienten in einfühlsamen psychiatrischen Gesprächen zu stärken.

Das "wahrhaft verstehende Gespräch" (1974, S.155) ist Ausgangspunkt und zentrale Grundlage zugleich für BENEDETTIS Psychotherapie der Schizophrenie. Es stellt für ihn das therapeutische Agens dar, mit dessen Hilfe dem Kranken in der Kategorie der Mitmenschlichkeit geholfen werden kann, indem sein psychisches Leid vom Psychiater mitübernommen und in einem tiefen dialogischen Verhältnis allmählich verwandelt wird. BENEDETTI greift hierbei das Bühnenmodell LUDWIG BINSWANGERS wieder auf:

"Der Arzt sollte kein bloßer Spiegel seiner Kranken, kein neutraler deutender Beobachter sein, er sollte vielmehr auf die Bühne der Psychose treten, sich ihrer Sprache bedienen und die konventionelle soziale Distanz aufgeben, sodaß schließlich in seiner "psychotherapeutischen Leidenschaft" die Gestalten personifiziert und verwandelt werden, die den Horizont des Kranken ausfüllen" (1975, S.62).

Der Psychiater müsse sich also in die Wahnwelt des Schizophrenen begeben und die oft unverständlichen Worte des Kranken als kommunikative Symbole seiner gespaltenen Innenwelt begreifen und im Symbol beantworten.

"Ein Durchbruch in die schizophrene Welt kann erfahrungsgemäß nicht selten geschehen, wenn es dem Arzt gelingt, eine für den Kranken bedeutungsvolle Gestalt seiner menschlichen Mitwelt zu verkörpern, zu agieren und schließlich zu verwandeln" (1975, S.58).

Als eine solch bedeutungsvolle Gestalt könne der Arzt auch in der Mitte zwischen dem Patienten und seinen Wahnpartnern stehen. Er könne sogar mit diesen Wahnpartnern in Beziehung treten, als ob sie real seien, mit ihnen sprechen und sich behutsam über deren Eigentümlichkeiten und deren Absichten erkundigen, ohne jedoch persönlich dazu Stellung zu nehmen. Je mehr der Arzt über die Motive, Äußerungen und Handlungen dieser Wahnpartner vom Patienten erfahre, desto eher könne er es wagen, auf Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen hinzuweisen und manche Behauptungen der Wahnpartner in Frage zu stellen.

"Wir treten nicht nur als Anwalt des Patienten auf, sondern wir bringen ihn mehr und mehr in ein Gespräch mit seinen unsichtbaren Partnern, sodaß das Gewirr von unartikulierten Beziehungen, welche sie beide bestrickte, beginnt, sich dialogisch zu erhellen" (1975, S.117)

Auf diese Art und Weise rücke der Psychiater in den Mittelpunkt der kranken Welt und konzentriere einen Großteil der kommunikationsfähigen Anteile auf seine Person. Ja, er löse sich gewissermaßen in der, mit dem Patienten geteilten Wahnwelt auf, um sich innerhalb dieser Welt mit ihm zusammen zu reintegrieren.

"So wird der Therapeut zu einem Spiegel der desintegrierten Bestandteile des Patienten und er organisiert sie dadurch, daß er auch pathologische Objekte der Psychose symbolisch angeht" (1975, S.75)

Zudem müsse der Psychiater ein gerechter und wahrer Dolmetscher des psychisch Kranken sein, um eine Brücke zwischen der Sozietät und seinem Patienten zu schlagen. Dies finde in einem paradoxen Spannungsfeld zwischen Nähe und Ferne statt. Einerseits solle der Patient immer im Brennpunkt der mitmenschlichen Zuwendung des Arztes sein, andererseits solle er die Möglichkeit spüren, sich jederzeit in seine innere Erfahrungswelt zurückziehen zu dürfen,

wenn er sich in seinen Kommunikationschancen überfordert fühle. Der Arzt, so BENEDETTI, könne dadurch seinem Kranken der Hintergrund sein, an dem sich seine Welt entfalte (1975, S.122) und an dem er seine eigene Menschlichkeit wahrnehmen könne. In dem Maße aber, in dem sich der Kranke in der dialogischen Beziehung neu begegne, in dem Maße, in dem der Arzt seine einsame Welt beschreite, entstehe die Dimension der Hoffnung, die schließlich sein Selbstverständnis und damit sein schweres psychisches Leid bessere.

BENEDETTI hat sein bisheriges Schaffen vor allem der Psychotherapie der Schizophrenie gewidmet. Er versucht dabei weitgehend unabhängig von ätiologischen und therapeutischen Lehrmeinungen im verstehenden ärztlichen Gesprächen, den Bedeutungsgehalt der innerpsychischen Wirklichkeit des Schizophrenen adäquat zu erfassen. Auf der Grundlage des zwischenmenschlichen Dialogs entwickelte BENEDETTI spezielle psychotherapeutische Techniken, so beispielsweise bestimmte Formen des dualen Rappports, wie die Identifikation und Gegenidentifikation, mit dem Ziel, die Reintegration des pathologischen Ichs des Patienten durch dessen Zentrierung auf die Person des Arztes zu ermöglichen.

7.2 Das ärztliche Gespräch als therapeutisches Agens in der Psychiatrie

Die Analyse historischer Quellen läßt das ärztliche Gespräch als Spiegelbild zeitgeschichtlicher Strömungen erscheinen.

Bevor sich die Psychiatrie Ende des 18. Jahrhunderts allmählich als eigenständige Disziplin etablierte, versuchten nur wenige, von philanthropischen Idealen beseelten Ärzte, die seelische Not psychisch kranker Patienten im Rahmen menschlicher Kommunikation zu erleichtern.

Erst als die starre Verabsolutierung mittelalterlicher Dogmen in Europa dem humanistisch-freiheitlichen Ideal der Neuzeit wich, wurden bei der Behandlung Geisteskranker rohe Zwangsmaßnahmen durch moralische Prinzipien ersetzt.

Unter dem Einfluß der Wertvorstellungen der Aufklärung gewann das ärztliche Gespräch insbesondere in Frankreich bei der Therapie psychisch Kranker zunehmend an Bedeutung. Im Rahmen der "moralischen Behandlung" (traitement moral) bedienten sich beispielsweise PINEL, ESQUIROL oder FALRET des ärztlichen Gesprächs, um in einer Atmosphäre des Vertrauens ihre Patienten auf den Wege der Vernunft zurückzuführen und zu gesunden, mündigen Bürger zu erziehen.

Die moraltherapeutischen Grundsätze der französischen Psychiatrie erreichten internationale Geltung : zu Beginn des 19. Jahrhunderts verwandten Psychiater in Belgien (GUISLAIN), England (SPURZHEIM, KNIGHT, CONOLLY) und Amerika (RUSH) das ärztliche Gespräch mit dem Ziel, Geisteskranke von irrigen Ideen zu befreien und ihre Aufmerksamkeit auf gesunde Vorstellungen zu lenken.

In Deutschland spaltete der Disput über das Verhältnis der seelischen zu den körperlichen Ursachen der Geisteskrankheiten die deutschen Psychiater in zwei gegeneinander polemisierende Richtungen.

Vertreter der einen Partei, die sogenannten Psychiker, griffen in ihren Veröffentlichungen moralisierende und metaphysische Elemente der Romantik auf. Ihr Exponent, JOHANN CHRISTIAN REIL, ein herausragender Wegbereiter der deutschen Psychiatrie, setzte sich für das ärztliche Gespräch als "psychische Curmethode ein" (1803) ein , als Mittel zur Formung der kranken Persönlichkeit im Sinne der Moralphilosophie des Therapeuten.

Die Somatiker, anatomisch ausgerichtete deutsche Psychiater, widmeten sich der empirischen Begründung der organischen Ätiologie seelischer Erkrankungen. Ihre distanzierte Haltung gegenüber der moralischen Behandlung psychisch Kranker leitete eine entscheidende Wende in der Geschichte des ärztlichen Gesprächs ein, die mit dem Aufstieg der naturwissenschaftlichen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts eng verknüpft ist.

Die aufblühende Hirnanatomie, die Biochemie und Physiologie des Nervensystems standen fortan im Brennpunkt der wissenschaftlichen Forschung.

Als Protagonist der naturwissenschaftlich-orientierten Psychiatrie gilt WILHELM GRIESINGER, dessen Lehrbuch "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" (2.Aufl. 1861) einen Markstein in der Geschichte der Seelenheilkunde darstellt. GRIESINGER lehnte die Umerzienung seelisch kranker Patienten zu sittlich gefestigten Persönlichkeiten mittels ärztlicher Gespräche entschieden ab. Für ihn lag die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs in der Wiederherstellung des "alten, früheren gesunden Ich" (1861, S.495), in der Stärkung des "Gesunden im Kranken" (1861, S.499). Obwohl er als Naturwissenschaftler biologische Denkmodelle vertrat, bewahrte er den Blick auf die

Ganzheitsaspekte der geisteskranken Persönlichkeit, indem er das ärztliche Gespräch als psychische Heilmethode der somatischen Heilmethode gleichstellte (1861, S.471).

Neue wissenschaftliche Entdeckungen verminderten das Interesse der Psychiater am therapeutischen ärztlichen Gespräch.

In dem Lebenswerk EMIL KRAEPELINS, der auf der Grundlage strenger Empirie eine neue Klassifikation der Geisteskrankheiten schuf, tragen Gespräche mit Patienten vorwiegend, in Form der psychiatrischen Exploration diagnostischen Charakter.

Ein "Furor classificatorius" (LIEPMANN 1911) verdrängte ärztliche Gespräch aus den Lehrbüchern dieser Zeit. Unter dem Titel "psychische Behandlung" finden sich lediglich allgemeine Hinweise zum geduldrigen, zartfühlenden Umgang mit geisteskranken Patienten.

Als sich das 19.Jahrhundert seinem Ende zuneigte, konzentrierten sich ausschließlich Nichtpsychiater, wie beispielsweise DUBOIS auf den kommunikativen Aspekt der Behandlung seelischer Krankheiten.

Erst die Konfrontation der klinisch-deskriptiven Phänomenologie mit den psychoanalytischen Theorien SIGMUND FREUDS führte zu einer Renaissance des ärztlichen Gesprächs in der Psychiatrie.

ERNST KRETSCHMER gehörte zu den deutschen Psychiatern, die versuchten tiefenpsychologische Gesichtspunkte in die Therapie der Geistes - und Gemütskrankheiten zu integrieren. Dementsprechend betrachtete er ein innerseelisch konfliktlösendes ärztliches Gespräch als wichtige Säule einer multidimensionalen Therapie.

Als zeitgenössischer Ansatz einer, psychopharmakologische, soziale und kommunikative Aspekte integrierenden psychiatrischen Therapie mag die Arbeit G.BENEDETTIS gelten.

Wie KRETSCHMER versucht BENEDETTI, das psychiatrische Klassifikationssystem mit den Verstehensdimensionen der Psychoanalyse zu einer dynamischen Einheit zu verknüpfen. Zentrale Grundlage seiner Psychotherapie der Schizophrenie stellt das "wahrhaft verstehende Gespräch" (1974,S.195) dar, mit dessen Hilfe das Leid des Kranken gelindert werden kann, indem kommunikationsfähigen Anteile seines pathologischen Ichs in der Begegnung mit dem Arzt gestärkt werden.

Es spiegelt sich darin die zentrale Bedeutung einer emphatischen dialogischen Beziehung zum psychisch Kranken als therapeutisches Agens und als unerläßliches Vehikel für diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der modernen psychiatrischen Behandlung wider.

8. ANHANG

TABELLE A:

Gesamtverteilung der absoluten Häufigkeiten der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien (1973)

ARZT	GESPRÄCHSNUMMER	Kategorie*						
		00	10	20	30	50	60	70
A	114-874	50	23	14	6	24	15	1
	114-881	96	18	11	8	9	11	4
	114-896	144	28	28	52	3	19	8
	114-897	131	22	68	43	16	12	-
B	115-875	86	31	17	5	20	15	9
	115-882	271	40	37	15	32	12	5
C	116-876	55	59	24	7	77	18	24
	116-877	30	14	9	1	21	44	-
	116-878	161	41	26	7	118	56	-
	116-879	73	28	16	7	17	17	-
	116-885	12	29	15	3	8	22	6
	116-889	12	13	8	3	33	2	-
	116-891	17	66	22	3	9	4	-
	116-895	2	13	5	-	5	12	-
	117-880	76	18	5	2	9	72	-
	117-883	140	34	6	-	53	52	-
D	117-884	26	25	1	-	24	33	-
	117-888	57	23	12	-	55	22	-
	117-893	22	13	-	-	24	1	-
	118-886	19	25	19	2	76	31	-
	118-887	70	6	47	23	15	111	-
E	118-890	40	61	28	-	36	30	-
	118-892	39	33	63	9	33	42	-
	118-894	72	25	36	3	38	36	-

TABELLE B:

Gesamtverteilung der prozentualen Häufigkeiten der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien (1973):

ARZT	GESPRÄCHSNUMMER	KATEGORIE*						
		00	10	20	30	50	60	70
A	114-874	37,6	17,3	10,5	4,5	18,1	11,3	0,6
	114-881	61,2	11,5	7,0	5,1	5,7	7,0	2,5
	114-896	51,1	10,0	10,0	18,4	1,1	6,7	2,7
	114-897	44,9	7,5	23,3	14,7	5,5	4,1	-
B	115-875	47,0	17,0	9,3	2,7	10,9	8,2	4,9
	115-882	65,8	9,7	9,0	3,6	7,8	2,9	1,2
C	116-876	20,8	22,4	9,1	2,7	29,2	6,8	9,0
	116-877	25,2	11,8	7,4	0,8	17,7	36,8	-
	116-878	39,4	10,0	6,4	1,7	28,9	13,6	-
	116-879	46,2	17,7	10,1	4,4	10,7	10,9	-
	116-885	12,6	30,5	15,8	3,2	8,4	23,2	6,3
	116-889	16,9	18,3	11,3	4,2	46,5	2,8	-
	116-891	14,0	54,6	18,2	2,5	7,4	3,3	-
	116-895	5,4	35,1	13,5	-	13,5	32,5	-
	117-880	41,8	9,9	2,8	1,1	5,0	39,4	-
D	117-883	49,1	12,0	2,1	-	18,6	18,2	-
	117-884	23,9	23,0	0,9	-	22,0	30,2	-
	117-888	33,7	13,6	7,1	-	32,5	13,2	-
	117-893	36,7	21,7	-	-	40,0	1,6	-
	118-886	11,1	14,5	11,1	1,2	44,2	17,9	-
E	118-887	25,7	2,2	17,3	8,5	5,5	40,8	-
	118-890	20,5	31,3	14,4	-	18,5	15,3	-
	118-892	17,8	15,1	28,8	4,1	15,1	19,1	-
	118-894	34,3	12,0	17,1	1,4	18,1	17,1	-

TABELLE C:

Gesamtverteilung der pro Minute normierten Häufigkeiten der modifizierten STRUPP'schen Interventionskategorien (1973):

ARZT	GESPRÄCHSNUMMER	Kategorie *						
		00	10	20	30	50	60	70
A	114-874	2,7	1,3	0,8	0,3	1,3	0,8	0,1
	114-881	3,3	0,6	0,4	0,3	0,3	0,4	0,1
	114-896	3,1	0,6	0,6	1,2	0,1	0,4	0,2
	114-897	2,9	0,5	1,5	1,0	0,1	0,3	-
B	115-875	4,2	1,5	0,8	0,3	1,0	0,7	0,4
	115-882	6,0	0,9	0,8	0,3	0,7	0,3	0,1
C	116-876	1,4	1,5	0,6	0,2	1,9	0,5	0,6
	116-877	2,5	1,2	0,7	0,1	1,7	3,6	-
	116-878	3,1	0,8	0,5	0,1	2,2	1,1	-
	116-879	3,0	1,1	0,7	0,3	0,7	0,7	-
	116-885	1,2	3,0	1,6	0,3	0,8	2,3	0,6
	116-889	2,0	2,2	1,4	0,5	5,6	0,3	-
	116-891	0,9	3,5	1,2	0,2	0,5	0,2	-
	116-895	0,5	3,2	1,2	-	1,2	2,9	-
D	117-880	4,6	1,1	0,3	0,1	0,5	4,3	-
	117-883	3,7	0,9	0,2	-	1,4	1,4	-
	117-884	2,6	2,5	0,1	-	2,4	3,3	-
	117-888	3,0	12,1	0,6	-	2,9	1,2	-
	117-893	5,0	2,6	-	-	5,5	0,2	-
E	118-886	0,9	1,2	0,9	0,0	3,8	1,5	-
	118-887	1,6	0,1	1,1	6,5	6,3	2,5	-
	118-890	1,8	2,8	1,3	-	1,7	1,4	-
	118-892	1,8	1,5	2,9	0,4	1,5	1,9	-
	118-894	3,7	1,3	1,8	0,2	1,9	1,8	-

TABELLE D:

Durchschnittliche absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie durchschnittliche pro Minute normierte Häufigkeiten der STRUPP'schen Interventionskategorien (1973) bei jedem untersuchenden Arzt:

	Absolute Häufigkeit		prozentualer Anteil		Häufigkeit/Minute	
	X	S	X	S	X	S
ARZT A						
Kategorie 00	105,3	42,0	48,7	9,9	3,0	0,2
Kategorie 10	22,7	4,1	11,6	4,1	0,8	0,3
Kategorie 20	30,3	26,2	12,7	7,2	0,8	0,4
Kategorie 30	27,3	23,6	10,7	6,9	0,7	0,4
Kategorie 50	13,0	9,0	7,6	7,3	0,4	0,6
Kategorie 60	14,2	3,5	7,3	2,9	0,5	0,2
Kategorie 70	3,2	3,5	1,4	1,3	0,1	0,1
ARZT B						
Kategorie 00	178,0	130,8	56,4	13,2	5,1	1,2
Kategorie 10	35,5	6,3	6,4	5,1	1,2	0,4
Kategorie 20	27,0	14,1	14,1	0,2	0,8	0,1
Kategorie 30	10,0	7,0	7,1	0,6	0,3	0,1
Kategorie 50	26,0	8,4	8,5	2,2	0,9	0,2
Kategorie 60	13,5	2,1	4,4	3,7	0,5	0,3
Kategorie 70	7,0	2,8	3,1	2,6	0,6	0,2

ARZT D

Kategorie 00	64,2	47,9	37,0	9,4	3,8	1,0
Kategorie 10	22,6	7,8	16,0	5,9	3,9	4,6
Kategorie 20	4,8	4,7	2,6	2,7	0,2	0,2
Kategorie 30	0,4	0,8	0,2	0,8	0,02	0,1
Kategorie 50	33,0	20,1	23,6	13,4	2,5	1,8
Kategorie 60	36,0	27,3	20,6	14,7	2,1	1,6
Kategorie 70	-	-	-	-	-	-

TABELLE D - FORTSETZUNG:

Durchschnittliche absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie durchschnittliche pro Minute normierte Häufigkeiten der STRUPP'schen Interventionskategorien (1973) bei jedem untersuchenden Arzt:

Absolute Häufigkeit		prozentualer Anteil		Häufigkeit/Minute	
X	S	X	S	X	S

ARZT E

Kategorie 00	48,0	22,6	21,9	8,7	1,9	1,0
Kategorie 10	30,0	19,9	15,0	10,4	1,4	0,9
Kategorie 20	38,6	17,1	17,7	6,6	1,6	0,7
Kategorie 30	7,4	9,3	3,0	3,3	0,2	0,2
Kategorie 50	39,6	22,3	20,3	14,3	1,8	1,2
Kategorie 60	50,0	34,4	22,1	10,5	1,8	0,4
Kategorie 70	-	-	-	-	-	-

TABELLE E:

Durchschnittliche absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie durchschnittliche pro Minute normierte Häufigkeiten der STRUPP'schen Interventionskategorien (1973) bei ERFAHRENEN UNTERSUCHERN (Ärzte A, B und E):

	Absolute Häufigkeit		prozentualer Anteil		Häufigkeit/Minute	
	X	S	X	S	X	S
Kategorie 00	110,6	65,4	43,3	18,1	3,4	1,6
Kategorie 10	29,4	6,3	13,3	1,7	1,1	0,3
Kategorie 20	40,0	5,9	13,2	4,3	1,0	0,4
Kategorie 30	14,9	10,7	5,6	4,4	0,4	0,2
Kategorie 50	26,2	6,8	12,4	6,8	1,0	0,7
Kategorie 60	25,9	9,0	11,7	9,0	0,9	0,7
Kategorie 70	3,4	3,5	1,5	1,5	0,2	0,3

TABELLE F:

Durchschnittliche absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie durchschnittliche pro Minute normierte Häufigkeiten der STRUPP'schen Interventionskategorien (1973) bei WENIGER ERFAHRENEN UNTERSUCHERN (Ärzte C und D):

	Absolute Häufigkeit		prozentualer Anteil		Häufigkeit/ Minute	
	X	S	X	S	X	S
Kategorie 00	52,4	14,5	28,6	8,1	2,8	1,3
Kategorie 10	28,7	0,6	21,3	5,9	3,0	1,3
Kategorie 20	11,2	4,5	7,7	5,7	0,6	0,5
Kategorie 30	2,5	1,3	1,5	1,2	0,1	0,1
Kategorie 50	35,2	7,2	21,2	3,0	2,1	0,4
Kategorie 60	27,7	7,4	17,9	0,4	1,8	0,4
Kategorie 70	2,4	2,2	1,8	0,4	0,1	0,1

TABELLE G:

Ränge für STRUPP'sche Interventionskategorien (1973) bei
Betrachtung aller psychiatrischen Gespräche (n=24):

Gespächs- nummer	Kategorie 00 **Ränge	10 Ränge	20 Ränge	30 Ränge	50 Ränge	60 Ränge	70 Ränge
114-874	10	10	11	5	11	14	7
114-881	2	18	19	4	20	17	5
114-896	3	20	13	1	24	19	4
114-897	7	23	2	2	21	20	-
115-875	5	11	14	11	15	16	3
115-882	1	22	16	9	18	22	6
116-876	17	6	15	12	5	18	1
116-877	15	17	17	18	12	3	-
116-878	9	19	20	14	6	12	-
116-879	6	9	12	6	16	15	-
116-885	22	4	6	10	17	6	2
116-889	20	8	9	7	1	23	-
116-891	21	1	3	13	19	21	-
116-895	24	2	8	-	14	4	-
117-880	8	21	21	17	23	2	-
117-883	4	15	22	-	8	8	-
117-884	16	5	23	-	7	5	-
117-888	13	14	18	-	4	13	-
117-893	11	7	24	-	3	24	-
118-886	23	13	10	16	2	9	-
118-887	14	24	4	3	22	1	-
118-890	18	43	7	-	9	11	-
118-892	19	12	1	8	13	7	-
118-894	12	16	5	15	10	10	-

TABELLE H:

Ränge für STRUPP'sche Interventionskategorien (1973) bei
Betrachtung kurzer und langer psychiatrischen Gespräche :

KURZE PSYCHIATRISCHE GESPRÄCHE

(n=13; Gesprächsdauer 0,44-20,4 Minuten)

Gesprächs- nummer	Kategorie 00	10	20	30	50	60	70
	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
114-874	10	10	11	5	11	14	7
115-875	5	11	14	12	15	16	3
116-877	15	17	17	19	12	3	-
116-885	22	4	6	11	17	6	2
116-891	21	1	3	14	19	21	-
116-889	20	8	9	7	1	23	-
116-895	24	2	8	-	14	4	-
117-880	8	21	21	18	23	2	-
117-884	16	5	23	-	7	5	-
117-888	13	14	18	-	4	13	-
117-893	11	7	-	-	3	24	-
118-886	23	13	10	17	2	9	-
118-894	12	16	5	16	10	10	-

LANGE PSYCHIATRISCHE GESPRÄCHE

(n=11; Gesprächsdauer 21,7-53,0 Minuten)

Gespächs- nummer	Kategorie	00	10	20	30	50	60	70
		Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
114-881		2	18	19	4	20	17	5
114-896		3	20	13	1	24	19	4
114-897		7	23	2	2	21	20	-
115-882		17	6	15	13	5	18	1
116-876		1	22	16	10	18	22	6
116-878		9	19	20	15	6	12	-
116-879		6	9	12	6	16	15	-
117-883		4	15	22	-	8	8	-
118-887		14	24	4	3	22	1	-
118-890		18	3	7	8,5	9	11	-
118-892		19	12	1	8,5	13	7	-

TABELLE I.

Ränge für STRUPP'sche Interventionskategorien (1973) bei Betrachtung von psychiatrischen Gesprächen mit Psychose-Patienten (n=16):

Gespächs- nummer	Kategorie 00	10	20	30	50	60	70
	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
114-874	7	8	8	2	9	10	4
114-897	5	16	1	1	16	14	-
115-875	3	9	10	6	11	12	2
115-882	1	15	12	4	15	16	3
116-876	11	6	11	7	3	13	1
116-878	6	14	14	9	4	8	-
116-879	4	7	9	3	12	11	-
116-885	14	4	4	5	13	3	-
116-891	13	1	2	8	14	15	-
116-895	16	2	6	-	10	1	-
117-883	2	12	15	-	6	4	-
117-884	10	5	16	-	5	2	-
117-888	9	11	13	-	2	9	-
118-886	15	10	7	11	1	5	-
118-890	12	3	5	-	7	7	-
118-894	8	13	3	10	8	6	-

TABELLE J:

Ränge für STRUPP'sche Interventioskategorien (1973) bei Betrachtung psychiatrischen Gesprächen mit NEUROSE -PATIENTEN (n=8):

Gespächs- nummer	Kategorie 00 Ränge	10 Ränge	20 Ränge	30 Ränge	50 Ränge	60 Ränge	70 Ränge
114-881	1	5	6	3	5	5	2
114-896	2	6	4	1	8	6	1
116-877	6	4	5	7	3	3	-
116-889	8	2	3	4	1	7	-
117-880	3	7	7	6	7	2	-
117-893	4	1	-	-	2	8	-
118-887	5	8	2	2	6	1	-
118-892	7	3	1	5	4	4	-

TABELLE K:

Ränge für STRUPP'sche Interventioskategorien (1973) bei Betrachtung von psychiatrischen Gesprächen erfahrener und weniger erfahrener Untersucher mit Psychose-Patienten.
ERFAHRENE UNTERSUCHER (n=7):

Gespächs- nummer	Kategorie 00 Ränge	10 Ränge	20 Ränge	30 Ränge	50 Ränge	60 Ränge	70 Ränge
114-874	7	8	8	2	9	10	4
114-897	5	16	1	1	16	14	-
115-875	3	9	10	6	11	14	-
115-882	1	15	12	4	15	16	3
118-886	15	10	7	11	1	5	-
118-890	12	3	5	-	7	7	-
118-894	8	13	3	10	8	6	-

WENIGER ERFAHRENE UNTERSUCHER (n=9):

Gespächs- nummer	Kategorie 00	10	20	30	50	60	70
	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
116-876	11	6	11	7	3	13	1
116-878	6	14	14	9	4	8	-
116-879	4	7	9	3	12	11	-
116-885	14	4	4	5	13	3	-
116-891	13	1	2	8	14	15	-
116-895	16	2	6	-	10	1	-
117-883	2	12	15	-	6	4	-
117-884	10	5	16	-	5	2	-
117-888	9	11	13	-	2	9	-

TABELLE L:

Ränge für STRUPP'sche Interventionskategorien (1973) bei Betrachtung psychiatrischen Gesprächen erfahrener und weniger erfahrener Untersucher mit Neurose -Patienten:

ERFAHRENE UNTERSUCHER (n=4):

Gespächs- nummer	Kategorie 00	10	20	30	50	60	70
	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
114-881	1	5	6	3	5	5	2
114-896	2	6	4	1	8	6	2
118-887	5	8	2	2	6	1	-
118-892	7	3	1	5	4	4	-

WENIGER ERFAHRENE UNTERSUCHER (n=4):

Gespächs- nummer	Kategorie	00	10	20	30	50	60	70
	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge	Ränge
116-877	7	4	5	7	3	3	-	-
116-889	8	2	3	4	1	7	-	-
117-880	3	7	7	6	7	2	-	-
117-893	4	1	-	-	2	8	-	-

Anmerkungen:

- * vergleichende Kategorienschlüssel des STRUPP'schen Systems (1973) in Kapitel 3.3.
- ** Rang 1 wurde für die Interventionskategorie mit dem höchsten prozentualen Anteil vergeben.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- 1) Ackerknecht, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie.
F.Enke, Stuttgart 1957.

- 2) Alexander, F.: Geschichte der Psychiatrie.
Diana, Konstanz 1969.

- 3) Amelung, F.: Allgemeine Vorschriften zur Behandlung
der Irren und zur Verhütung der Geisteszerrüttungen
überhaupt.
W.L.Mesché, Frankfurt a.M. 1827.

- 4) APA Commission on Psychotherapie (Ed.):Psychotherapy
research: methodological and efficacy issues.
American Psychiatric Association, Washington DC 1982

- 5) Arnold, Th.: Beobachtungen über die Natur. Arten,
Ursachen und Verhütung des Wahnsinns oder der
Tollheit.
F.G.Jakobäer, Leipzig 1784.

- 6) Autenrieth, J.H.F.: Versuche für die praktische
Heilkunde aus den clinischen Anstalten von Tü-
bingen.
Cotta, Tübingen 1807.

- 7) Benedetti, G.: Der psychisch Leidende und seine Welt.
Kindler, München 1974.

- 8) Benedetti, G.: Schizophrenie in unserer Gesellschaft.
Thieme, Stuttgart 1975.

- 9) Benedetti, G.: Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenie lehre.
Vanderhoeck & Rupprecht, Göttingen 1975.
- 10) Benedetti, G.: Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen.
2.Aufl. Huber, Bern 1980.
- 11) Benedetti, G.: Todeslandschaften der Seele.
Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen 1983.
- 12) Bergin, A.E., Lambert, M.J.: The evaluation of therapeutic outcomes.
In: Garfield, S., Bergin, A.E. (Eds.): Handbook of psychotherapie and behaviour change.
2 nd ed. Wiley, New York 1978.
- 13) Binswanger, L.: Über Psychotherapie-Möglichkeiten und Tatsächlichkeiten psychotherapeutischer Wirkung.
Nervenarzt 8 (1935)113-121 und 180-189.
- 14) Binswanger, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze.
2.Bd. Francke, Bern 1955.
- 15) Binswanger, L.: Der Mensch in der Psychiatrie.
Neske, Pfullingen 1957.
- 16) Binswanger, L.: Daseinsanalyse und Psychotherapie II.
In: Kretschmer, E.: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie.
Thieme, Stuttgart 1958.

- 17) Bleuler, E.: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.
In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie.
Spezieller Teil, 4. Abt.; 1. Hälfte. Deuticke, Leipzig 1911.

- 18) Bleuler, E.: Die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichts.
Engelmann, Leipzig 1913.

- 19) Bleuler, E.: Die Ambivalenz.
In: Universität Zürich-Festgabe zur Einweihung der Neubauten am 18. April 1914.
S. 93-S. 106. Schulthess, Zürich 1914.

- 20) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
6. Aufl. Springer, Berlin 1937.

- 21) Brähler, E.: Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Gießener Sprachanalyseanlage.
Med. Diss. Ulm 1976.

- 22) Bumke, O.: Psychologie und Psychiatrie.
Klin. Wschr. 1 (1922) 201-204.

- 23) Bumke, O.: Psychologische Untersuchungen für Hörer aller Fakultäten.
2. Aufl. Bergmann, Wiesbaden 1923.

- 24) Bumke, O.: Fünfzig Jahre Psychiatrie.
Münch. med. Wschr. 72 (1925) 1141-1143.

- 25) Bumke;O.: Die Psychiatrische und Nervenlinik in München.
Münch. med. Wschr. 74 (1927) 332.
- 26) Bumke, O.: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie.
Springer, Berlin 1928.
- 27) Bumke, O.: An den Grenzen der Psychiatrie.
Springer, Berlin 1929.
- 28) Bumke, O.: Die Psychoanalyse. Eine Kritik.
Springer, Berlin 1931.
- 29) Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
4.Aufl. Bermann, München 1936.
- 30) Bumke, O.: Gedanken über die Seele.
Springer, Berlin 1941.
- 31) Bumke, O.: Erinnerungen und Betrachtungen - Der Weg eines deutschen Psychiaters.
Pflaum, München 1952.
- 32) Chiarugi, V.: Abhandlungen über den Wahnsinn überhaupt und insbesondere nebst einer Centurie von Beobachtungen.
Meyer, Leipzig 1795.
- 33) Conolly, J.: Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang.
Schauenburg, Lahr 1860.

- 34) Conolly, J.: The Construction And Government Of Lunatic Asylums And Hospitals For The Insane.
First published in 1847. Reprinted.
Dawsons of Pall Mall, London 1968.

- 35) Degwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W.:
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten.
Deutsche Ausgabe der ICD (International Classifi-
cation of Diseases), 9.Revision, Kapitel V.
5.Aufl. Springer, Berlin 1980.

- 36) Dubois, P.: Die Psychoneurosen und ihre seelische
Behandlung.
2.Aufl. Francke, Bern 1910.

- 37) Esquirol, J.E.: Allgemeine und spezielle Pathologie
und Therapie der Seelenstörungen.
Hartmann, Leipzig 1827.

- 38) Esquirol, J.E.: Von den Geisteskrankheiten.
Hrsg.v.Ackerknecht, E., Huber, Bern 1968.

- 39) Eysenck, H.J.: The Effects Of Psychotherapie.
An Evaluation.
Journal Consulting Psychology 16 (1952) 319-324.

- 40) Eysenck, H.J.: The Scientific Study Of Personality.
Routledge, London 1952.

- 41) Eysenck, H.J.: The Effects Of Psychotherapie.
International Science Press, New York 1966.

- 42) Falret, J.P.: Betrachtungen über die Hypochondrie.
Comptoir, Leipzig 1822.

- 43) Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.
In: Freud, S.: Gesammelte Werke.
Bd. II. Fischer, Frankfurt 1960-1968.
- 44) Grawe, K.: Psychotherapeutische Verfahren im Vergleich.
Vortrag in der Psychiatrischen Klinik der Universität München vom 25.01.1988.
- 45) Gill, M., Newman, R., Redlich, F.C.: The Initial Interview In Psychiatric Practice.
International University Press, New York 1954.
- 46) Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.
2.Aufl. Krabbe, Stuttgart 1861.
- 47) Guislain, J.: Traité sur les Phrénopathies.
Etablissement Encyclographique, Bruxelles 1833.
- 48) Guislain, J.: Neue Lehre von den Geistesstörungen.
Campe, Nürnberg 1838.
- 49) Haindorf, A.: Versuch einer Pathologie und Therapie der Geistes- und Gemütskrankheiten.
Braun, Heidelberg 1811.
- 50) Harper, A.: Abhandlung über die wahre Ursache und Heilung des Wahnsinn.
Franzen und Crosse, Stendal 1800.
- 51) Hippius, H.: Prof.Dr.med.K.Kolle - 75 Jahre.
Münchn.Med.Wschr. 115 (1973) 197.

- 52) Hippius, H.: Perspektiven der Psychiatrie im Spiegel der Geschichte.
In: Adolff, P. (Hrsg.): Perspektiven, S.119-127.
Piper, München 1978.

- 53) Ideler, K.W.: Der Wahnsinn in seiner psychologischen und sozialen Bedeutung erläutert durch Krankengeschichten.
Schlodtman, Bremen 1848.

- 54) Kächele, H.: Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychologischen Forschung.
Jahrb. d. Psychoanal. 12 (1981) 118-177.

- 55) Kächele, H.: Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz.
Psyche 35 (1981) 544-556.

- 56) Kächele, H.: Was ist psychodynamische Kurztherapie?
Prax.Psychother.Psychosom. 30 (1985) 119- 127.

- 57) Kächele, H.: Tonbandaufzeichnung und Verbatimverschriftung.
Unveröffentlichtes Manuskript (1987).

- 58) Kind, H.: Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung.
Springer, Berlin 1973.

- 59) Kind, H.: Das psychiatrische Erstinterview.
Nervenarzt 49 (1978) 255-260.

- 60) Kind, H.: Hundert Jahre Psychotherapie. Hundert Jahre Nervenheilkunde.
Hippokrates, Stuttgart 1984.
- 61) Kirchhoff, Th.: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens.
Bd. I. Springer, Berlin 1921.
- 62) Kitzmann, A.: Untersuchungen zum Interaktionsvorgang in psychotherapeutischen Erstinterviews.
Med.Diss. Ulm 1973.
- 63) Kitzmann, A.: Zur quantitativen Erfassung von Exploration und Interpretation in psychoanalytischen Erstinterviews.
Z Psychosom Med Psychoanal 20 (1974) 101-115.
- 64) Kitzmann, A.: Sprachformale Interaktionsprozesse in psychoanalytischen Erstinterviews.
Z Psychosom Med Psychoanal 20 (1974) 25-36.
- 65) Kolle, K.: Psychiatrie und Psychotherapie.
Psyche 2 (1948) 148-150.
- 66) Kolle, K.: Psychotherapie.
Karger, Basel 1953.
- 67) Kolle, K.: Das Bild des Menschen in der Psychiatrie.
Thieme, Stuttgart 1957.
- 68) Kolle, K.: Kraepelin und Freud. Beitrag zur neueren Geschichte der Psychiatrie.
Thieme, Stuttgart 1957.

- 69) Kolle, K.: Psychiatrische und Nervenlinik.
Thieme, Stuttgart 1959.
- 70) Kolle, K.: Der Psychiater.
Thieme, Stuttgart 1959.
- 71) Kolle, K.: Große Nervenärzte.
Bd. I. Thieme, Stuttgart 1956.
- 72) Kolle, K.: Große Nervenärzte.
Bd.II. Thieme, Stuttgart 1959.
- 73) Kolle, K.: Große Nervenärzte.
Bd. III. Thieme, Stuttgart 1963.
- 74) Kolle, K.: Einführung in die Psychiatrie.
6.Aufl. Thieme, Stuttgart 1967.
- 75) Kolle, K.: Wanderer zwischen Natur und Geist.
Das Leben eines Nervenarztes.
Lehmann, München 1972.
- 76) Knight, P.S.: Beobachtungen über die Ursachen,
Symptome und Behandlung des Irreseyns.
Schmitz, Köln 1829
- 77) Kraepelin, E.: Über den Einfluß akuter Krankheiteen
auf die Entstehung von Geisteskrankheiten.
Schumacher, Berlin 1881.
- 78) Kraepelin, E.: Compendium der Psychiatrie.
Abel, Leipzig 1883.

- 79) Kraepelin, E.: Die Richtungen der psychiatrischen Forschung.
Vogel, Leipzig 1887.
- 80) Kraepelin, E.: Psychologische Arbeiten.
Bd. I-V.Engelmann, Leipzig 1896.
- 81) Kraepelin, E.: Einführung in die psychiatrische Klinik.
1.Aufl.Barth, Leipzig 1901.
- 82) Kraepelin, E.: Über geistige Arbeit.
4.Aufl. Fischer, Jena 1903.
- 83) Kraepelin,E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.
8.Aufl. Bd.IV. Barth, Leipzig 1915.
- 84) Kraepelin, E.: Hundert Jahre Psychiatrie.
Springer, Berlin 1918.
- 85) Kraepelin, E.: Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung.
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie
42 (1918) 169-205.
- 86) v.Krafft-Ebing, R.: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage.
2.Aufl. Enke, Stuttgart 1883.
- 87) Kretschmer, E.: Psychotherapeutische Studien.
Thieme, Stuttgart 1949.

- 88) Kretschmer, E.: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie.
4.Aufl. Springer, Berlin 1966.
- 89) Kretschmer, E.: Mensch und Lebensgrund.
Wunderlich, Tübingen 1966.
- 90) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie.
13.Aufl. Thieme, Stuttgart 1971.
- 91) Kretschmer, E.: Vorlesungen über Psychoanalyse.
Hippokrates, Stuttgart 1973.
- 92) Kretschmer, E.: Psychiatrische Schriften 1914-1962.
Springer, Berlin 1974.
- 93) Lamb, R.; Mahl, G.F.: Manifest reactions of patients
and interviewers to use sound recording in psychiatric
interviewing.
Amer.J.Psychiat. 112 (1956) 731.
- 94) Lambert, M.J., Christensen, E.R., DeJulio, St.S.(Ed.):
The assesment of psychotherapie outcome.
Wiley, New York 1983.
- 95) Liepmann, H.: Über Wernickes Einfluß auf die klinische
Psychiatrie.
Karger, Berlin 1911.
- 96) Luborsky, L.: A Treatment Manual For Psycho-
analytically Oriented Psychotherapy (POP).
3 rd Ed. PSZ, Ulm 1978.

- 97) Mahir, O.: Über Irrenanstalten, Pflege und Behandlung der Geisteskranken nach den Principien der bewährtesten Irren-Ärzte Belgiens, Englands, Frankreichs und Deutschlands.
Cotta, Stuttgart 1846.
- 98) Marx, I.: Untersuchungen zum Interventionsstil von Therapeuten in psychoanalytischen Erstinterviews.
Med Psychol 2 (1976) 107-120.
- 99) Matarazzo, J.D.; Saslow, G.: Differences In Interview Interaction Behavior Among Normal And Deviant Groups.
In: Berg, J.A.; Bass, B.M.(Eds.): Conformity And Deviation. Harper & Row, New York 1961.
- 100) Matarazzo, J.D.; Hess, H.F.; Saslow, G.: Frequency and duration characteristics of speech and silence behavior during interviews.
J.clin.Psychol. 18 (1962) 416.
- 101) Matarazzo, J.D.; Wiens, A.N.: The interview. Research on its anatomy and structure.
Aldine, Atherton, Chicago 1972.
- 102) Matarazzo, J.D.; Strupp, H.H. (Eds.): Psychotherapy & Behavior Change 1972.
Aldine, Atherton, Chicago 1972.
- 103) Matarazzo, R.G.: Research of the Teaching and Learning of Psychotherapeutic Skills.
In: Bergin, A.E.; Garfield, S.L.: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. P.895-920.
Wiley, New York 1971.

- 104) Maudsley, H.: Die Physiologie und Pathologie der Seele.
Steuber's Buchhandlung, Würzburg 1870.
- 105) Maudsley, H.: Responsibility In Mental Disease.
Appleton, New York 1904.
- 106) Mergenthaler, E.: Die Ulmer Textbank.
Springer, Berlin 1986.
- 107) Meyer, A.: Revaluation Of Benjamin Rush
Am.J.Psychiat. 101 (1945) 433-442.
- 108) Mora, G.: Bi-Centenary Of The Birth Of Vincenzo Chiarugi (1749-1820).
Am.J.Psychiat. 116 (1959) 267-271.
- 109) Nasse, F.: Zeitschrift für psychische Ärzte.
Erstes Vierteljahresheft. Cnobloch, Leipzig 1819.
- 110) Nasse, F.: Vermischte Schriften psychologischen und
physiologischen Inhalts.
- 111) Nostiz, G.A.E.: Beschreibung der Königlich Sächsischen
Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein.
Walther'sche Buchhandlung, Dresden 1829.
- 112) Oegg, J.: Die Behandlung der Irren in dem
Königlichen Juliushospitale zu Würzburg.
Seidel'sche Buchhandlung, Sulzbach 1829.
- 113) Pinel, P.: Nosographie Philosophique ou la Méthode de
l'Analyse appliquée à la Médecine.
Troisième Ed. Tome I-III. Brosson, Paris 1807.

- 114) Pinel, P.: Praktische Heilkunde.
Joh.And.Lübecks Erben, Bayreuth 1803.
- 115) Redlich, F., Dollard, J., Newman, R.: High Fidelity
Recording Of Psychotherapeutic Interviews.
Am.J.Psychiat. 107 (1950) 42-49.
- 116) Redlich, F.C.: Theorie und Praxis der Psychoanalyse.
Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1970.
- 117) Redlich, F.C., Kellert, S.: Trends in American Mental
Health.
Am.J.Psychiat. 135 (1978) 22-38.
- 118) Reil, J.C.: Rhapsodien über die Anwendung der
psychischen Curmethode auf die Geisteszerrüttungen.
Curt'sche Buchhandlung, Halle 1816.
- 119) Reil, J.C.: Beyträge zur Beförderung einer Curmethode
auf psychischen Wege.
Erster Band. Curt'sche Buchhandlung, Halle 1808.
- 120) Reil, J.C.: Entwurf einer allgemeinen Therapie.
Curt'sche Buchhandlung, Halle 1816.
- 121) Rosin, U.: Der Beziehungsaspekt in psychothera-
peutischen und psychiatrischen Krankengeschichten.
Prax Psychother Psychosom 29 (1984) 139-144.
- 122) Rush, B.: Medizinische Untersuchungen und
Beobachtungen über die Geisteskrankheiten.
Cnobloch, Leipzig 1825.

- 123) Scheibe, G., Buchheim, P.: Evaluation of the outpatient psychiatric interview - Emotional and verbal changes of patients and psychiatrists.
Vortrag: 18th Annual Meeting, Society For Psychotherapeutic Research, Ulm 1987.
- 124) Seidenstücker, E.: Konstruktion und Evaluation eines Trainingsprogramms für klinische Interviews.
Phil. Diss. Regensburg 1976.
- 125) Seidenstücker, E.: Seidenstücker, G.: Interviewforschung - allgemeiner Teil.
In: Schraml, W.J.; Baumann, U.: Klin. Psychologie II.S.377-402.Hans Huber, Bern 1974.
- 126) Spurzheim, J.G.: Beobachtungen über den Wahnsinn und die damit verwandten Gemütskrankheiten.
Perthes und Besser, Hamburg 1818.
- 127) Sternberg, R.: Psychotherapy Research And The Problem Of Intrusions On Privacy.
Psychiat. 21 (1958) 195-203.
- 128) Strupp, H.H.: A multidimensional system for analysing psychotherapeutic techniques.
Psychiatry 20 (1957) 293-306.
- 129) Strupp, H.H.: Psychotherapy: Clinical Research And Theoretical Issues.
Jason Aronson, New York 1973.
- 130) Strupp, H.H., Wallach, M.S.: A further study of psychiatrists' responses in quasi-therapy situations.
Behav. Sci. 10 (1965) 113-134.

- 131) Strupp, H.H., Hadley, S.: Psychotherapy For Better Or Worse.
Jason Aronson, New York 1977.
- 132) Strupp, H.H.: Recent Methods Of Psychotherapy.
In: Kaplan, H.I. (Ed.): Comprehensive Textbook Of
Psychiatry. 3rd Ed. Vol.2./III.P. 2153-2168.
Williams and Wilkins, Baltimore 1980.
- 133) Zilboorg, G.: Eugen Bleuler and Present-Day
Psychiatry.
Am.J.Psychiat. 114 (1957) 289-298.

10. DANKSAGUNG

Herrn Prof.Dr.med.Hippius, dem Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität München, danke ich herzlich für die Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt dem Leitenden Oberarzt der Psychiatrischen Poliklinik der Universität München, Herrn Dr.med.P.Buchheim, der mir mit wertvollen Rat-schlägen jederzeit während der Durchführung der Studie zur Seite stand und die Korrektur der vorliegenden Arbeit übernahm.

Auch Frau Dipl.Psych. G.Scheibe möchte ich für viele Anregungen, die zur Entstehung der Arbeit beitrugen, danken.

Speziellen Dank schulde ich zudem Herrn Prof.Dr.H.Kächele für wichtige Literaturhinweise und insbesondere Herrn cand.med.B.Kormann für die hilfreiche Unterstützung bei der Fertigstellung des Manuskripts.

Danken möchte ich auch Herrn Zwingers von der Gesellschaft für Informationsverarbeitung und Statistik in der Medizin für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse.

11. LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN.

Geburtsdatum: 27.05.1962
 Geburtsort: Ingolstadt
 Konfession: römisch-katholisch
 Eltern: Klaus Wolff, selbständiger Kaufmann
 Cristiana Wolff, geb. Caliari, Lehrerin

AUSBILDUNG:

1968-1972 Grundschole in Bopfinger und Ingolstadt
 1972-1981 Katharinen / Apiangymnasium Ingolstadt
 Juni 1981 Abitur
 WS 1981/82-SS 1983 Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg
 WS 1983/84-SS 1987 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
 02.12.1987 Approbation als Ärztin

